

ACEMI se pronuncia sobre los informes de contraste producidos por ADRES sobre fallecidos y medicamentos en el marco de la discusión sobre ajuste de UPC para 2026 y las ordenes de la Corte Constitucional para alcanzar una financiación suficiente del sistema de salud

Bogotá, Diciembre 19 de 2025. La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) hace públicos sus comentarios a los documentos denominados *"Contraste de información de prestación de servicios a personas con estado de afiliación fallecido"* y *"Contraste de información de registros de medicamentos reportados en la base de prestación de servicios con otras bases de datos de medicamentos disponibles"*, elaborados por la Dirección General de Innovación y Analítica de la ADRES.

Desde el Gremio reconocemos la importancia de mejorar la calidad y el análisis de los datos en el sector salud, elemento esencial para la toma de decisiones, el seguimiento del gasto en salud y la transparencia en el uso de los recursos públicos.

Dada la relevancia de estos ejercicios, que comprometen información sensible, que son utilizados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de los estudios de suficiencia y que han sido remitidos a la Corte Constitucional, es indispensable que más allá del cruce de base de datos (contraste), ellos se realicen atendiendo metodologías transparentes y replicables que consideren las particularidades regulatorias y operativas del sistema.

En igual sentido se espera de la ADRES, que previo a la publicación de estos reportes, que se conocen muchas veces de forma extraoficial o por medios de comunicación, se informe a los interesados a través de requerimiento oficial, para permitir la validación, justificación o corrección cuando haya lugar. Este debido proceso que es obligatorio en las actuaciones de fiscalización como las que realiza la Contraloría General de la República o las de inspección, vigilancia y control que adelanta la Superintendencia Nacional de Salud, debe ser observado también por ADRES. De lo contrario se pierde información relevante, se puede inducir a error y se afecta gravemente la reputación de muchos de sus agentes, en un sistema que necesita recuperar la confianza.

i. Sobre el informe *"Contraste de información de prestación de servicios a personas con estado de afiliación fallecido"*

Conocido este informe las EPS agremiadas a ACEMI procedieron a revisar cada cedula allí reportada como "fallecido". Se remitieron al Ministerio de Salud y Protección social los soportes, así como a la Procuraduría General de la Nación, según requerimiento efectuado por la Delegada de salud. Los soportes detallan las fechas de prestación de los servicios, códigos

únicos de prestación de servicios, diagnóstico, facturas y pagos por servicio. **Todos los servicios reportados están sujetos a un riguroso proceso de auditoría de los servicios de salud y cuentas médicas, el cual se realiza conforme a los lineamientos técnicos, normativos y contractuales establecidos entre el asegurador y el prestador de los servicios en salud.** Este proceso incluye auditorías administrativas, técnicas y de pertinencia, que permiten validar la consistencia de la información contenida en las atenciones y en las facturas, la conformidad con los requisitos legales, la pertinencia clínica de los servicios prestados y la correcta codificación de tecnologías en salud.

Principales hallazgos de las EPS tras la revisión del informe de ADRES:

- El informe de contraste revelado por ADRES parece **desconocer las dinámicas administrativas, operativas y de gestión propias del sistema de salud relacionadas con los procesos de facturación, desfases en la actualización del estado vital en bases de datos oficiales, y limitaciones en la interoperabilidad entre sistemas de información.**
- **A pesar de sus mejoras, aún persisten rezagos en la identificación y reporte de personas muertas en el país.** En este sentido, es normal que el reporte de una persona fallecida tarde semanas y aún meses en conocerse, dada la dispersión de las fuentes de reporte: Registraduría Nacional del Estado Civil, Registro fallecidos FTP-SAT y RUAF de Minsalud, Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud de red propia o externa, servicios exequiales, auditores, enfermeras y familiares.
- Se han identificado abusos por parte de familiares o terceros debidamente autorizados para reclamar medicamentos. Así mismo dispensaciones que se realizan por 3 o 6 meses a pacientes con movilidad reducida que fallecen durante este periodo.
- Caso similar ocurre con la dispensación de oxígeno domiciliario, equipos para tratar la apnea del sueño y otros servicios domiciliarios. En algunos casos se desconoce del fallecimiento y la compañía proveedora cobra el servicio en la periodicidad pactada, usualmente el mes completo. En este caso, una vez la EPS conoce de la novedad por fallecimiento, procede a realizar el recobro o la glosa respectivo a la empresa de gases.
- Además, existen casos **de personas fallecidas no identificadas (NN)**, personas desaparecidas sin declaratoria de muerte presunta o colombianos fallecidos en el exterior de los que no se conoce su fallecimiento y que por tanto no pueden ser desafiliadas por el sistema, **siendo objeto de suplantaciones o fraude.**
- También se han identificado inconsistencias y/o errores en la fecha registro de defunción, prestación de servicios por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que son identificados y corregidos en los procesos de auditoría y revisión de cuentas médicas de las EPS. Estos casos son atípicos y obedecen a la lógica de una operación y registro de servicios de salud, **para un gran sistema que solo en 2024**

prestó cerca de 570 millones de servicios entre consultas y procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos.

- En otros casos, los prestadores realizan sus procesos de facturación de forma mensual vencida. Esto implica que **servicios efectivamente prestados antes del fallecimiento pueden ser facturados en el mes siguiente, generando registros que aparentan ser posteriores al evento vital.**
- **Así mismo hay casos en los que las órdenes de tratamiento fueron emitidas por el médico tratante antes del fallecimiento, pero su registro en los sistemas de información por parte de las IPS se realizó con posterioridad.**
- En el caso de **las hospitalizaciones, los servicios prestados a pacientes fallecidos son realizados antes del deceso, pero debido a procesos contables, cargas masivas y ajustes administrativos de los prestadores, algunos registros y facturas pueden reflejar fechas posteriores.** Esta situación es especialmente común en servicios de alta complejidad, hospitalizaciones prolongadas y cuidados paliativos, donde la trazabilidad clínica se mantiene activa hasta el último momento.
- Además, se identificaron estancias prolongadas que fueron gestionados clínicamente hasta el desenlace, **cuyo egreso administrativo se formalizó días después como parte del proceso de auditoría, con el objetivo de garantizar la pertinencia, racionalidad y calidad de la atención.** Este desfase no implica prestaciones fuera de cobertura ni atención posterior al fallecimiento.
- El mal entendimiento de la presunta prestación a personas fallecidas proviene de las estrategias de demanda inducida. **Por ejemplo, tareas clínicas generadas automáticamente desde plataformas de gestión, como la búsqueda activa de personas para asistencia a controles periódicos, pueden continuar activas si el sistema aún considera al afiliado como activo en BDUA.** Esto puede derivar en registros posteriores al fallecimiento, especialmente si no se ha actualizado oportunamente el estado vital, ya que una vez en BDUA se registre un fallecimiento de forma retroactiva, estas actividades quedan sin soporte, pero fueron realizadas mientras no se había actualizado el estado en BDUA.
- Otro de los casos tiene que ver con el cruce no válido por duplicidad de tipo de identificación realizado por la ADRES. En estos casos se detectó que ADRES realizó cruces incorrectos de información, debido a que algunos usuarios tienen el mismo número de identificación, pero asociado a dos tipos distintos: Cédula de ciudadanía (CC) y Cédula de extranjería (CE). Esto llevó a que se marcaran como fallecidas personas que estaban identificadas con CE, cuando en realidad el fallecido es alguien identificado con CC. **Para estos casos el usuario está vivo, no tiene reporte de fallecimiento.**
- Así mismo, el **análisis de la ADRES incluyó a usuarios vivos,** en contraste con la afirmación de encontrarse fallecidos. De hecho, en 5 de los casos reportados en el

informe, el usuario está vivo, no tiene reporte de fallecimiento y ha recibido prestaciones válidas.

- En otros casos, la confusión proviene de la existencia de modelos de contratación prospectivos como capitas o pagos globales prospectivos, en los **que las EPS hacen pagos previos a las IPS para la prestación de paquete de servicios a un grupo de riesgo o cohorte de pecientes**. En caso de fallecimiento de una o más de las personas que hacen parte de estos paquetes, lo que imposibilita la prestación de los servicios contratados, la EPS hace el proceso de glosa o de recobro al respectivo al prestador o proveedor de servicios de salud una vez se registra la novedad.
- Otra de las causas de la aparente prestación de servicios a personas fallecidas tiene que ver con que la fecha de registro de la prestación de los servicios en la base de suficiencia para el cálculo de la UPC no sigue un estándar. Esto se debe tanto a las distintas modalidades de pago prospectivos y retrospectivos existentes, como a la **falta en un estándar regulatorio de reporte en las fechas**. En algunos casos la fecha coincide con la autorización del servicio, mientras que en otras se hace con la prestación o el cierre del evento. En todo caso, puede presentarse inconsistencia en el reporte, que de ninguna manera se traduce en la prestación y menos en el pago de servicios a la población fallecida.
- Una vez entendido esto, para los casos en que se conoce de manera tardía el fallecimiento y se da una desafiliación extemporánea por muerte, aplica la figura de la restitución de la prima de riesgo a la ADRES. En estos casos, la ADRES tiene la obligación legal de exigir la devolución de esos recursos. A su vez, **la EPS está en la obligación de hacer un pago directo a la ADRES o compensar descontando del giro siguiente**.
- **Sumado a lo anterior, desde ACEMI se advierte que la ADRES hizo pública información de carácter reservado de las personas fallecidas que presuntamente recibieron prestaciones después de su deceso en el periodo 2018-2023. Esta información fue dispuesta en un tablero electrónico adjunto al documento denominado “Contraste de información de prestación de servicios con estados de afiliación fallecido en la BDUA”, dicho documentos se difundió por chats y grupos de prensa administrados por funcionarios de la oficina de comunicaciones de la entidad.**

El tablero electrónico se encontraba ligado a un hipervínculo de acceso abierto. Allí se dispusieron bases de datos que contaban información referente a la de identidad de 471.000 personas fallecidas en el país entre 2018 y 2023. La base contenía los numero de identidad de los fallecidos, así como información relativa a los diagnósticos, los servicios recibidos, las IPS donde se atendieron, las EPS a las que encontraban afiliadas y el costo de los servicios prestados.

En este sentido, se debe recordar que en Colombia, la historia clínica es un documento reservado y confidencial por ley. Esto significa que nadie puede acceder a ella libremente, ni siquiera familiares, empleadores o aseguradoras, salvo en los casos expresamente autorizados. Además, la entidad encargada de custodia, en este caso la ADRES, debe garantizar su seguridad, integridad y confidencialidad. **La violación de esta reserva constituye una falta ética, disciplinaria e incluso penal.**

Concluido este ejercicio las EPS agremiadas a ACEMI han presentado información soportada que desvirtúa el llamado cobro de UPC por fallecidos. En los casos que no se ha justificado el 100% de la información, las EPS han requerido a las IPS para allegar los documentos explicativos y esta será allegada a la PGN que es la única entidad que ha realizado oficialmente un requerimiento.

ii. ***Sobre el informe “Contraste de información de registros de medicamentos reportados en la base de prestación de servicios con otras bases de datos de medicamentos disponibles”***

- El documento de la ADRES inicia con la siguiente afirmación: *“Se identifica en la base de Prestación de Servicios (Suficiencia) un crecimiento sostenido en el valor registrado en medicamentos. Entre 2022 y 2023, las actividades (medicamentos registrados en distintas unidades y formas farmacéuticas) pasaron de 260,5 millones a 340,9 millones, con un aumento del 30,9%. El valor total ascendió de \$10.245.583 millones (\$10,25 billones) a \$13.891.141, equivalente a un incremento del 35,6%.”.*

Al respecto, ACEMI advierte que el aumento significativo en las cantidades y valores para las dos vigencias es el resultado de la ampliación del Plan Básico de Salud (PBS) en lo relativo a procedimientos, medicamentos y otras tecnologías de salud a las que tienen derecho los colombianos en los años 2022 y 2023. Decisiones adoptadas por medio de las resoluciones 2292 de 2021 y 2808 de 2022.

La Resolución 2292 de 2021 determinó la inclusión al PBS y con cargo a la UPC, de 912 grupos relevantes de medicamentos, con lo cual la financiación de medicamentos con recursos de la UPC se incrementó del 60,8% al 87,35% del total de Códigos Únicos de Medicamento (CUMS) autorizados en el país y de 89,14% al incluir todas las formas farmacéuticas. Es decir, un aumento relativo del 46,6% en el número de medicamentos incluidos en el PBS, lo que coincide con un aumento de 30,9% en las cantidades y de un 35,6% en los valores reportados por las EPS al Ministerio de Salud. La Resolución 2808 de 2022 incluyó fórmulas magistrales preparadas a partir de medicamentos dentro del PBS y preparaciones magistrales a base de derivados de cannabis. Como se ve, existen decisiones de tipo administrativo que justifican el aumento en consumo de medicamentos en el país.

- Además de estos hechos inadvertidos por la ADRES en su informe, se advierten falencias metodológicas relacionadas con el proceso de homologación de las distintas presentaciones de los medicamentos durante el proceso de facturación. La inadecuada medición de las cantidades consumidas y dispensadas de medicamentos conlleva graves errores los hallazgos del informe. Esto se debe a que el reporte al SISMED contempla diferentes unidades en la que se factura el medicamento: presentación comercial, unidades de embalaje primario, unidad de dispensación y unidad mínima de concentración. Por lo tanto, en cada periodo puede cambiar la forma en que se reporta y, por ende, el seguimiento de las actividades requiere una homologación de las unidades para poder establecer su real comportamiento.

Por ejemplo, en el caso del medicamento denominado BICAHET, cuyo principio activo es la BICALUTAMIDA, utilizada principalmente como tratamiento adyuvante a la prostatectomía radical o la radioterapia en pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado con alto riesgo de progresión de la enfermedad, el informe suma indistintamente tabletas y frasco PEAD de 30 unidades. Así para el caso del año 2023, se suman 38.970 tabletas y 993 frascos de 30 unidades, con un resultado equivocado de 39.963 unidades. De haberse hecho bien la cuenta se debieron sumar las 38.970 tabletas a los 993 frascos por 30 unidades (29.790 tabletas) para un total de 68.760 unidades. La siguiente tabla describe este hecho.

Año corte	2023	2023
Mes Factura	10	10
Rol Actor Reportante	1. Elabora o importa el medicamento	1. Elabora o importa el medicamento
Tipo Operación	Operación de venta	Operación de venta
Tipo Transacción	Transacción primaria institucional	Transacción primaria institucional
No Expediente	20065188	20065188
Presentación Comercial	1	1
Descripción Comercial	BICAHET® 150 MG	BICAHET® 150 MG
Forma Farmacéutica	TABLETAS CON O SIN RECUBR. QUE NO MODIFIQUEN LIBERACION FARMACO	TABLETAS CON O SIN RECUBR. QUE NO MODIFIQUEN LIBERACION FARMACO
Código ATC	L02BB03	L02BB03
Principio Activo	BICALUTAMIDA	BICALUTAMIDA
Vía Administración	ORAL	ORAL
Código Unidad Factura	A	C

Unidad Factura	Presentación comercial	Unidad de dispensación
Total Unidades Facturadas	993	38.970
Unidades presentación comercial (INVIMA)	30	NA
Total Unidades de Dispensación	29.790	38.970

- Finalmente se aclara, que el presunto incremento en el consumo de medicamentos obedece a los efectos de la pandemia Covid-19. De un lado, el incremento en la carga de enfermedad durante estos años a causa de las dificultades de identificación y control de pacientes crónicos durante la emergencia sanitaria. De hecho, el número de pacientes diagnosticados con diabetes pasó de 1,58 millones en 2020 a 1,99 en 2023 según la cuenta de alto costo. Lo mismo ocurrió con los pacientes con enfermedad renal crónica que pasaron de 889 mil a 991 mil casos.
- **Sobre la presunta dispensación de medicamentos que no contaban con autorización de comercialización**

El informe también señala que cerca de 13,2 millones de unidades de medicamentos, que corresponde a un 2,1% del total de medicamentos reportados por las EPS en los estudios de suficiencia de los años 2022 y 2023 no contaban con autorización de comercialización. A este respecto se advierte que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Gestores Farmacéuticos (GF) que hacen parte de la red de prestadores de servicios y proveedores de tecnologías en salud de las EPS pueden agotar los inventarios de medicamentos que no renuevan sus registros sanitarios y que además existe dispensación de medicamentos vitales no disponibles que no cuentan con autorización de INVIMA pero deben importarse y proveerse por decisiones judiciales o por motivos de salud pública.

El informe también advierte sobre “otros estados” de registro sanitario, en los que se dispensaron medicamentos. Al respecto hay que señalar que existen registros en trámite, con solicitud de actualización de un registro vigente, que permite su comercialización en el país. Lo mismo ocurre con los registros que se encuentran en estado suspendido, de oficio o a solicitud del titular. En este caso se suspende la venta o importación por el titular, pero se pueden dispensar los inventarios existentes en IPS y GF. En ese sentido, lo que debe verificarse es la fecha de venta del titular del registro sanitario, a fin de detectar posibles inconsistencias.

Para estos casos, existe además jurisprudencia de la Corte Constitucional en lo que advierte que, en casos excepcionales, se pueden dispensar medicamentos sin registro sanitario siempre y cuando exista una prescripción médica clara y justificada, no haya alternativas terapéuticas disponibles en el país, el medicamento está aprobado por autoridades sanitarias reconocidas en otros países y se busque proteger derechos fundamentales de los pacientes.

- **Sobre el presunto no reporte al SISMED**

El documento señala que 81,2 millones de unidades reportados por las EPS en la base de suficiencia, no tuvieron registro en el sistema SISMED. En este sentido se advierte que el registro de las ventas primarias institucionales reportadas en el SISMED, que corresponden a los medicamentos comercializados a través de sistema salud, es de responsabilidad de importadores y productores de medicamentos.

Al cruzar las bases de datos, se debe tener en cuenta, que existen movimientos de inventarios de medicamentos que involucran distintas vigencias. Así, por ejemplo, parte de los medicamentos dispensados en 2023 pudieron haber sido comprados en la vigencia 2022 y previo, por lo que su facturación y registro se dio con una diferencia de un año o más. En otros casos, la creciente dificultad con los pagos del sistema ha llevado a que algunas compañías farmacéuticas exijan pagos anticipados por los medicamentos. En estos casos puede ocurrir, que los pagos se registren en una vigencia anterior y la dispensación se haga en un periodo posterior. Es decir, que es normal que existan diferencias en los registros de las ventas y de la dispensación de estos.

Así mismo existen diferencias entre en las estructuras de la información reportada en las bases SISMED y Suficiencia. Mientras que en la primera se hace el reporte de las ventas unitarias de medicamentos, la segunda corresponde a los servicios prestados por las EPS, por lo que pueden existir ventas empaquetadas, pagos globales o por resultados a cohortes de pacientes en las que se incluyen un conjunto de medicamentos y procedimientos. Por tal razón pueden surgir discrepancias entre uno y otro.

Por último, se debe señalar que en el grupo de productores e importadores de medicamentos, no solo se encuentran los laboratorios farmacéuticos, sino que existen además otro tipo de actores como las direcciones territoriales de salud, las aseguradoras de riesgos laborales, EPS, IPS y mayoristas, que deben reportar este tipo de transacciones. Por lo cual, tomar únicamente el reporte realizado por los laboratorios excluye entre el 1,3 % y 2,1% del monto de ventas reportados en la transacción de primaria institucional.

TIPO ENTIDAD REPORTANTE	2022	2023
ARL - ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	1.295.506.275	-
DTS - DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD	570.254.100	246.809.918
EPS - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	33.381.073.622	-
IPS - INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD	43.863.429.542	45.142.309.400
LAB - LABORATORIO	13.784.872.289.558	16.751.507.751.368
MAY - MAYORISTA	209.313.224.496	174.944.195.882
ND - NO DEFINIDO	11.588.588.140	-
OTR - ENTIDAD DE OTRO TIPO	1.591.028.175	-

- **Sobre el presunto pago de precios por encima de los Precios Máximos de Venta**

Finalmente, el informe subraya que 6,4 millones de unidades superaron el precio máximo de venta establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamento y Dispositivos Médicos (CNPMDP) a través de la circular 13 del 25 julio de 2022 expedida por Minsalud. En este sentido, ACEMI aclara que la actualización del listado de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios y la fijación de los precios máximos de venta para el año 2022, se dio 7 meses después de la actualización del PBS, y entró en vigencia dos meses después de promulgado, por lo que buena parte de estos medicamentos fueron comprados, siguiendo lo contenido en la circular anterior, es decir la número 12 de 2021. En este sentido, constituye un error metodológico usar la circular 13 para evaluar toda la vigencia 2022, lo que desvirtúa de plano las conclusiones del informe.

A lo anterior se suma que tanto las IPS, como otros actores que gestionan medicamentos pueden incorporar márgenes de utilidad o de costos logísticos, con el fin de garantizar la provisión de estos, hecho que no fue tenido en cuenta dentro del informe. En este caso, las circulares mencionadas contemplan un margen adicional exclusivo para IPS de hasta el 7,0% para presentaciones comerciales con Precio Máximo de Venta (PMV) menor o igual a \$1.000.000 y de 3,5% para medicamentos con PMV mayores a \$1.000.000. Además, el artículo 2 de la Circular 06 de 2018 define que en las operaciones de ventas de medicamentos a las farmacias-droguerías o droguerías, el PMV podrá ser incrementado en el valor correspondiente a los costos logísticos asociados a la distribución entre Bogotá y el punto de venta al público (Artículo 20 CC 03 de 2013)

Para finalizar y con relación al uso de las bases de datos de suficiencia después de calidades, ACEMI ha solicitado al Ministerio de Salud y Protección Social en repetidas ocasiones, la disposición de la información anonimizada para efectos de su estudio y contraste, habiendo recibido respuesta negativa por parte de las autoridades. Reiteramos esta solicitud con el ánimo de contribuir al mejor análisis de la información que se procesa para adoptar decisiones vitales como el incremento de la unidad de pago por capitación que es garantía de acceso y prestación de los servicios de salud para todos los colombianos.