

Bogotá D.C., Agosto 14 de 2016

Doctor
VICTOR RAÚL YEPES FLÓREZ
Secretario
Comisión Séptima Cámara de Representantes
Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta inquietudes Debate de Control Político.
Radicado MinSalud 201742301674932

Respetado doctor:

De manera atenta, damos respuesta a las inquietudes planteadas en el cuestionario mencionado en la referencia, relacionadas con la citación a debate de control político sobre el asunto de la referencia.

1. Evolución histórica de la situación fiscal y financiera de los prestadores públicos de salud

El artículo 80 de La Ley 1438 de 2011 determinó la obligatoriedad del Ministerio de Salud y Protección Social de categorizar anualmente el riesgo de las Empresas Sociales del Estado (ESE) teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y de viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros, así como el deber de las ESE de adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero cuando sean categorizadas en riesgo medio o alto.

En tal sentido, mediante la Resolución 2509 de 2012 se definió la metodología para categorizar el riesgo de las ESE, con lo que desde dicha vigencia se ha venido efectuando la categorización del riesgo a partir de la información anual reportada por las mismas, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud al Ministerio de Salud y Protección Social, en virtud del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, con los siguientes actos administrativos:

| Año | No. de Resolución | Fuente Periodo Información |
|------|--|----------------------------|
| 2012 | 2509 de 2012 | 2011 |
| 2013 | 1877 de 2013 modificada por la Resolución 3467 del mismo año | 2012 |
| 2014 | 2090 de 2014 | 2013 |
| 2015 | 1893 de 2015 | 2014 |
| 2016 | 2184 de 2016 modificada por la Resolución 3916 del mismo año | 2015 |
| 2017 | 1755 de 2017 | 2016 |

Es así como a continuación se presenta la evolución desde el año 2012, de la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, por niveles de atención:

| Riesgo | Nivel | Resolución 2509 de 2012 | Res. 1877 y 3467 de 2013 | Res. 2090 de 2014 | Res. 1893 de 2015 | Res. 2184 y 3916 de 2016 | Res. 1755 de 2017 |
|--------|-------|-------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
|--------|-------|-------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|

| Riesgo | Nivel | Resolución 2509 de 2012 | Res. 1877 y 3467 de 2013 | Res. 2090 de 2014 | Res. 1893 de 2015 | Res. 2184 y 3916 de 2016 | Res. 1755 de 2017 |
|---|-------|-------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| Riesgo alto | 1 | 265 | 353 | 374 | 158 | 171 | 115 |
| | 2 | 42 | 52 | 50 | 21 | 20 | 14 |
| | 3 | 5 | 5 | 6 | 5 | 3 | 1 |
| Subtotales | | 312 | 410 | 430 | 184 | 194 | 130 |
| Riesgo medio | 1 | 75 | 105 | 112 | 54 | 65 | 38 |
| | 2 | 14 | 20 | 23 | 6 | 11 | 12 |
| | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 |
| Subtotales | | 91 | 128 | 138 | 61 | 78 | 51 |
| Riesgo bajo | 1 | 199 | 91 | 49 | 141 | 154 | 87 |
| | 2 | 24 | 20 | 8 | 27 | 26 | 6 |
| | 3 | 4 | 5 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Subtotales | | 227 | 116 | 59 | 169 | 182 | 94 |
| Sin riesgo | 1 | 280 | 270 | 275 | 455 | 414 | 385 |
| | 2 | 45 | 32 | 40 | 67 | 62 | 63 |
| | 3 | 13 | 11 | 13 | 17 | 17 | 13 |
| Subtotales | | 338 | 313 | 328 | 539 | 493 | 461 |
| No categorizadas por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud | 1 | | | | | | 167 |
| | 2 | | | | | | 15 |
| | 3 | | | | | | 3 |
| | | | | | | | 185 |
| Totales | | 968 | 967 | 955 | 953 | 947 | 921 |

2. Informar sobre el plan de salvamento hospitalario y sus resultados

Tal como está previsto en el inciso segundo del artículo 8 de la Ley 1608 de 2013, los programas de saneamiento fiscal y financiero deben contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, reestructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de las ESE, que permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población.

En tal sentido, los programas de saneamiento fiscal y financiero que deben ser adoptados por las ESE del nivel territorial categorizadas en riesgo medio o alto, se constituyen en una oportunidad para que la ESE de manera articulada con la dirección territorial de salud en el marco de la red pública conformada por esta última, programe e implemente las medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, reestructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos que permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria.

Es de destacarse que de acuerdo con lo previsto en la normatividad mencionada, la formulación del programa de saneamiento fiscal y financiero es realizada por cada ESE con el acompañamiento de las direcciones departamentales o distrital de salud.

El artículo 8 de la Ley 1608 de 2013 determinó que los parámetros generales de contenidos, la viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los programas de saneamiento fiscal y financiero estarían a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, lo cual fue reglamentado por dicha entidad a través del Decreto 1141 de 2013 compilado en Decreto Unico Reglamentario de Hacienda y Crédito Público.

Es así como en desarrollo de lo anteriormente dispuesto, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público remitió a este Ministerio los resultados del proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación, con corte a 31 de diciembre de 2016, de los Programas de

Saneamiento Fiscal y Financiero adoptados por las distintas ESE categorizadas en riesgo medio o alto, viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público desde el año 2013 y hasta el 31 de diciembre del año 2016, en el cual refieren entre otras:

“4.2 Universo de ESE objeto de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación Resultados Estadísticos de la Evaluación al 31 de diciembre de 2016

Para efectos del Informe de Evaluación Anual corte diciembre 2016, a continuación se identifica el universo de entidades objeto del Monitoreo, Seguimiento y Evaluación – MSE, así:

- ✓ *Al 31 de diciembre de 2015 se tenían 30 ESE categorizadas en riesgo medio o alto con PSFF Viabilizado y en ejecución.*
- ✓ *Para el corte de junio 30 de 2016, se llegó a 43 ESE categorizadas en riesgo medio o alto con PSFF Viabilizado y en ejecución. Tres (3) ESE no presentaron los informes y por tanto no fueron evaluados; de éstos, la ESE HOSPITAL BOSA II NIVEL de Bogotá Distrito Capital fue fusionada. La ESE HOSPITAL LOCAL SAN CARLOS DE GUAROA META y la ESE CENTRO DE SALUD SAN JUAN BOSCO de LA LLANADA NARIÑO fueron trasladadas a la Superintendencia Nacional de Salud por el incumplimiento.*
- ✓ *En evaluación intermedia a septiembre de 2016 se estableció que por los resultados observados, una (1) ESE, la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS del Municipio de TUMACO en el Departamento de NARIÑO, presentaba incumplimiento del PSFF y por tanto se remitió a la Superintendencia Nacional de Salud para efectos de la aplicación de la medida de intervención que sea procedente; esto, por cuanto el MHCP no consideró aplicable la medida de acuerdos de reestructuración de pasivos.*
- ✓ *Así, son sujeto de MSE para el cierre del año 2016, 52 entidades, y efectuada la evaluación de la ejecución de los PSFF viabilizados por las ESE que presentaron sus informes de monitoreo al cierre de la vigencia fiscal 2016, y realizada la trazabilidad con los resultados de esta evaluación en 2014 y 2015, si es procedente...”*

“...4.3. Conclusiones y Recomendaciones Generales

En la evaluación de la ejecución de los PSFF viabilizados, con corte a diciembre 31 de 2016, se evidenciaron los aspectos generales que se relacionan a continuación; los específicos se encuentran en la evaluación individual que se presenta en el capítulo 5.

- ✓ *Se evidencia una disminución en los ingresos recaudados por las Empresas Sociales del Estado. Es necesario profundizar en un estudio para verificar si la baja en este recaudo se origina en la reducción de la contratación del régimen subsidiado con la red pública.*
- ✓ *Se observa una tendencia de incremento de los pasivos, en particular en las ESE de los niveles 1 y 2; tanto las mismas ESE como los departamentos o distritos deberán realizar un mayor seguimiento a estos comportamientos para anticiparse al incumplimiento del PSFF. Es necesario tener especial cuidado con las acreencias relacionadas con los servicios públicos (acueducto, alcantarillado, aseo, luz y energía eléctrica, y gas) que soportan buena parte del adecuado funcionamiento de las ESE, la calidad y continuidad de los servicios de salud, además de incidir en la sostenibilidad de las empresas o dependencias de servicios públicos que también atienden a toda la población del o los municipios de jurisdicción de las ESE y de las mismas entidades territoriales.*
- ✓ *Para fortalecer la ejecución de los PSFF como política de salvamento y consolidación de la red pública de prestadores de servicios de salud, se recomienda a los Departamentos y Distritos realizar una jornada de rendición de cuentas por los Gerentes de las ESE con PSFF Viabilizados ante el conjunto de integrantes de las*

respectivas Juntas Directivas, el Gobernador, los Alcaldes, los Secretarios de Hacienda departamental y municipales, los Secretarios de Salud departamental y municipales, y delegados de los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público. Esto con el objetivo de determinar el avance real de la red y el compromiso de cada ESE con el PSFF.

- ✓ *De las 52 ESE evaluadas, 38 fueron calificadas con cumplimiento parcial con alerta alta, debiendo en consecuencia proceder de manera inmediata a la modificación del PSFF viabilizado para realmente mostrar impacto en el equilibrio financiero y la sostenibilidad en el mediano y largo plazo. Se recomienda que esta modificación obligatoria se surta en un horizonte no mayor a un mes calendario, siendo radicada ante el MHCP la propuesta a más tardar el próximo 30 de junio, de tal forma que se pueda tramitar su viabilidad y se ejecute esta modificación durante el segundo semestre de 2016....”*

Se adjunta a la presente el “CAPÍTULO 3 EVALUACIONES AGREGADO NACIONAL” del “INFORME DE EVALUACIÓN ANUAL 2016 –PROGRAMAS DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO VIABILIZADOS DE ESE EN RIESGO MEDIO O ALTO”, en el que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público realiza una evaluación consolidada de la evaluación realizada a las 52 empresas Sociales del Estado con Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados por dicho Ministerio.

3. Avances de la Política Hospitalaria Nacional

En materia de la prestación de los servicios de salud, el artículo 49 de la Constitución Política estipula que la organización de los mismos se debe realizar en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Las ESE de conformidad con lo estipulado por el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, son una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Con lo anterior, se resalta que las ESE son entidades autónomas para su operación.

En el contexto de lo establecido también por el artículo 49 de la Constitución Política, es función del Estado de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a la población, conforme a principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Es así, como el marco legal (Leyes como 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y recientemente la Ley Estatutaria 1751 de 2015, entre otras) se han venido estableciendo los lineamientos y directrices para su provisión a nivel territorial de forma descentralizada, mediante redes que posibiliten la integración de prestadores para la adecuada atención en salud de la población a nivel territorial.

En el marco de las normas legales y objetivos de política en salud, se han venido diseñando e implementando por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, desarrollos normativos, instrumentos y estrategias para el mejoramiento de la prestación pública de los servicios de salud, así:

En primera instancia, el Ministerio de Protección Social, En el marco del Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes de prestación de servicios de salud, implementado desde 2004 hasta 2014, se apoyó la transformación de la gestión de los hospitales públicos a través del mejoramiento de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, para permitir la viabilidad técnica y financiera de las redes públicas de prestación de servicios de salud y cuyo objetivo de largo plazo fue mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención en salud.

Las acciones adelantadas estuvieron orientadas a mejorar la calidad de los servicios de salud y la atención centrada en el usuario, lo que incluyó la financiación de actividades de asistencia técnica, capacitación, suministro de instrumentos de gestión, equipos de computación, software y redes informáticas.

En 2006, se formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (PNPSS), con la priorización de proyectos para, entre otros aspectos, la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y de la Política Farmacéutica Nacional y el fortalecimiento de la tecnología informática para la operación y gestión de las redes de prestación de servicios de salud.

Como resultados de la implementación del mencionado Programa, se destaca el mejoramiento de la gestión de las IPS públicas, a partir de:

1. Consolidación de un sistema de información que permite contar con información oportuna e integrada sobre la situación de prestación de servicios, financiera y administrativa para la adecuada toma de decisiones,
2. Desarrollo de una estrategia de capacitación para estandarizar los procesos de contratación y pago de servicios de salud,
3. Desarrollo de una estrategia de capacitación para externalización de servicios,
4. Formulación, implementación y evaluación de los planes de gestión de los gerentes,
5. Implementación de los procesos generales del servicio farmacéutico para contribuir al mejoramiento de la eficiencia, calidad, oportunidad, control y seguridad en la prestación del servicio farmacéutico y cumplimiento de la política farmacéutica nacional (implementación de los procesos generales del servicio farmacéutico y el sistema de distribución de medicamentos mediante dosis unitaria “unidosis”).
6. Formulación y ejecución de un proyecto de fortalecimiento de tecnología informática para la operación de las redes, cuyo resultado fue la entrega de equipos de cómputo y software a más de 600 instituciones, con una inversión superior a los \$10.000 millones. Los proyectos se centraron en la operación de los centros reguladores de urgencias y emergencias, el sistema de referencia y contrarreferencia y la gestión de información de prestación de servicios de salud, incluyendo los procesos de admisión, atención, facturación y pago de servicios,
7. Definición de redes especiales para la prestación de servicios como la atención de pacientes con cáncer,
8. Prestación de servicios de salud a través de telemedicina.

Adicionalmente, para la planeación y gestión de la prestación de servicios de salud, se ha dispuesto a las entidades de instrumentos como los planes territoriales de salud (Ley 152 de 1994), los planes financieros territoriales de salud, los Programas Territoriales de Reorganización, rediseño y modernización de redes de Empresas Sociales del Estado y los planes bienales de inversiones públicas en salud, encaminados a la organización y gestión de la prestación a nivel territorial.

- El Plan Financiero Territorial de Salud (Leyes 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011, Decreto 196 de 2013, Resolución 4015 de 2013) busca generar un marco adecuado de planificación de los recursos del Sector para que las entidades territoriales atiendan las responsabilidades a cargo en el marco de sus competencias, con la identificación y consolidación de los requerimientos de recursos y fuentes de

financiación.

- El Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado (Artículo 156 de la Ley 1450 de 2011), por el cual las entidades territoriales, identifican las acciones necesarias para el mejoramiento de la operación y sostenibilidad de la prestación pública de servicios de salud. Estos Programas deben contener a partir del diagnóstico de la situación de las empresas sociales del estado y del conjunto de la red en el territorio (incluyendo el acceso a los servicios), la definición y valoración de las acciones para el fortalecimiento de la prestación pública de servicios de salud, en el marco de las redes.
- El Plan Bienal de Inversiones en Salud (Leyes 715 de 2001, 1438 de 2011 y Resoluciones 2514 de 2012 y 1985 de 2013) tiene como propósito la planeación por parte de los departamentos y distritos de las inversiones en infraestructura física y en equipos biomédicos de control especial de las instituciones públicas, en el marco de las redes.
- El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, que como se mencionó anteriormente, debe ser presentado por aquellas Empresas Sociales del Estado categorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto (Leyes 1438 de 2011 y 1608 de 2013, Decreto 1141 de 2013) y se constituye en un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre a la ESE y que tiene como objeto restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio de salud.
- Es importante señalar, que para coadyuvar a prestación de servicios de las ESE, mediante el artículo 3 de la Ley 1608 de 2013 se estableció la no sujeción de reconocimiento por servicios prestados a los aportes patronales para las vigencias 2013 y 2014 y la no obligatoriedad de facturación del valor de recursos de aportes patronales no reconocidos en su totalidad en la vigencia 2012, al estipular que *“durante los años 2013 y 2014 los recursos del Sistema General de Participaciones transferidos sin situación de fondos y presupuestados por las Empresas Sociales del Estado por concepto de aportes patronales, no estarán sujetos a reconocimiento por servicios prestados. Estos recursos se considerarán subsidio a la oferta”*. No obstante, en el marco de la Resolución 4015 de 2013, el subsidio a la oferta a las Empresas Sociales del Estado estará sujeto al cumplimiento de metas en su desempeño en la prestación de servicios de salud en el marco del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado y los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, cuando haya lugar a ellos. En tal sentido, se constituyó un incentivo para lograr mejoras en la atención y en la eficiencia de la operación de las mismas.

Para la implementación de dichos planes y programas se dispusieron recursos así:

- a) Recursos para la financiación de Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero y Saneamiento de Pasivos

De acuerdo con lo previsto en el Decreto 1141 de 2013 (Compilado en el Decreto 1068 de 2016 Único Reglamentario del Ministerio de Hacienda y Crédito Público), para el financiamiento de las medidas que se incluyan en los programas de saneamiento fiscal y financiero, están previstas múltiples fuentes, que incluyen recursos de las ESE, entidades territoriales municipales, distritales y departamentales o de la Nación, provenientes de:

- ✓ Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET,
- ✓ Presupuesto de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social,

- ✓ Excedentes del Sistema General de Participaciones destinados por la Ley 1687 de 2013,
- ✓ Saldos de cuentas maestras del régimen subsidiado,
- ✓ Excedentes de rentas cedidas,
- ✓ Excedentes del Fonpet – Lotto en Línea (Decreto 728 de 2013),
- ✓ Otros recursos propios de las entidades territoriales.

b) Recursos de presupuesto de Inversión de proyectos del Ministerio de Salud y Protección Social

El Ministerio de Salud y Protección Social contó con el Proyecto de Inversión *“Mejoramiento, fortalecimiento y ajuste en la gestión de las instituciones de la red pública hospitalaria del país”* incluido en el presupuesto de inversión, para lo cual este Ministerio asignó los siguientes recursos:

| Acto Administrativo | Fuente | Valor Girado |
|----------------------------|---------------|------------------------|
| Resol 4501/2012 | PGN 2012 | 32.270.918.031 |
| Resol 4654/2013 | PGN 2013 | 27.645.800.000 |
| Resol 4874/2013 | PGN 2013 | 149.000.000.000 |
| TOTALES | | 208.916.718.031 |

Fuente: MSPS-DPSAP – 11 de agosto de 2017

c) Uso de excedentes de rentas cedidas¹

El artículo 83 de la Ley 1769 de 2015 y el artículo 4 de la Ley 1797 de 2016, habilitaron a los Departamentos y Distritos el uso de los excedentes de rentas cedidas para: 1) Pago de deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda; 2) Fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica; 3) Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE, y 4) Pago de deudas del Régimen Subsidiado de Salud – Decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015 compilados en el Decreto 780 de 2016.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la resoluciones 257 y 6348 de 2016, en las cuales solicitó a los departamentos y distritos remitir el Plan de Aplicación de dichos recursos, así como la ejecución de los mismos. La información consistente al 31 de mayo de 2017, relacionada con el uso de los excedentes de las rentas cedidas en el marco de los componentes autorizados por los artículos de las precitadas leyes, indicaba que para la financiación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero las entidades territoriales destinaron recursos de excedentes de rentas cedidas por un monto de \$900 millones de un total de \$144 mil millones, que a 31 de marzo de 2017 habían sido ejecutados en un 71%, es decir \$636 millones, adicionalmente para el fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológica de las ESE fueron asignados \$25.694 millones, los restantes recursos fueron programados para el pago de deudas por prestación de servicios No POS y de deudas del régimen subsidiado de salud en el marco del procedimiento establecido en el Plan Nacional de Desarrollo

d) Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET:

El artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013, creó el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto asegurar el pago de las obligaciones por parte de las ESE que se encuentren en riesgo alto o medio, o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por

¹ Tomado Informe al Congreso de la República 2016-2017

parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación.

Es así como mediante el Decreto 2651 de 2014 se establecieron los términos y condiciones para la administración del FONSAET, así como las disposiciones relacionadas con la ordenación, asignación y giro de los recursos que lo conforman.

En el marco de dicho Decreto, mediante la Resolución 5929 de 2014, se establecieron los criterios, condiciones, requisitos y procedimientos para la asignación, distribución y giro de los recursos del FONSAET.

Es así como en cumplimiento dicha Resolución durante las vigencias 2014 a 2017, se realizaron las siguientes asignaciones de los recursos apropiados en el FONSAET, en dichas vigencias:

- i. Mediante la Resolución 5938 de 2014 se asignaron los recursos del FONSAET, apropiados para la vigencia 2014, a quince (15) entidades departamentales que cumplieron con los criterios y parámetros establecidos en la Resolución 5929 de 2014, para que estos realicen la distribución entre las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, que hayan adoptado programas de saneamiento fiscal y financiero o que ESE en liquidación o que se vayan a liquidar o fusionar, en coherencia con el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las ESE definido por la Dirección Departamental o Distrital de Salud y viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

RESOLUCIÓN 5938 DE 2014

ASIGNACIÓN DE RECURSOS A DEPARTAMENTOS

| Departamento | Valor Asignado y girado \$ |
|--------------------|----------------------------|
| Amazonas | 220.480.000 |
| Antioquia | 14.069.657.000 |
| Arauca | 1.984.783.000 |
| Atlántico | 16.703.621.238 |
| Caldas | 193.566.000 |
| Casanare | 2.122.501.000 |
| Cesar | 2.468.178.000 |
| Córdoba | 4.918.598.000 |
| Huila | 1.998.459.000 |
| Meta | 733.534.000 |
| Nariño | 1.192.658.000 |
| Norte de Santander | 1.932.320.000 |
| Sucre | 940.427.000 |
| Tolima | 12.386.881.000 |
| Valle del Cauca | 20.000.000.000 |
| Total | 81.865.663.238 |

Fuente: MSPS-DPSAP – 11 de agosto de 2017

Respecto de los recursos apropiados durante las vigencias 2015, 2016 y 2017 la Superintendencia Nacional de Salud remitió a este Ministerio solicitudes de asignación de recursos a las ESE en intervención forzosa administrativa para administrar o para liquidar, que se relacionan a continuación, acompañada por el informe base de asignación. Una vez realizados los análisis correspondientes, este Ministerio procedió a formular la correspondiente recomendación, en relación con las ESE a las que se les deba otorgar los beneficios y el monto de los recursos para la financiación de sus obligaciones. Como

producto de dichos análisis y recomendaciones se expidieron las siguientes resoluciones de asignación durante las vigencias mencionadas:

| Año | Acto Administrativo de asignación | Dpto. | Municipio | Nombre ESE | Total Asignado |
|--------------------------|-----------------------------------|------------|---|---|------------------------|
| 2015 | Resol 5321 de 2015 | Chocó | Quibdó | ESE Hospital Deptal San Francisco de Asís | 15.286.230.246 |
| | | Córdoba | Montería | ESE Hospital San Jerónimo de Montería | 4.486.661.457 |
| | | Guainía | Inírida | ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo | 7.715.309.342 |
| | | Meta | Villavicencio | Hospital Departamental de Villavicencio | 2.996.151.337 |
| | | Sucre | San Marcos | ESE Hospital Reg. de II Nivel San Marcos | 3.093.977.392 |
| | | Tolima | Ibagué | Hospital Federico Lleras ESE | 6.151.120.232 |
| | Vichada | Cumaribo | Unidad Básica de Atención Ntra. Sra. del Carmen ESE | 2.777.216.661 | |
| Subtotal 2015 | | | | | 42.506.666.667 |
| 2016 | Resol 3845 de 2016 | Chocó | Quibdó | ESE Hospital Deptal San Francisco de Asís | 17.054.351.161 |
| | | Córdoba | Montería | ESE Hospital San Jerónimo de Montería | 20.008.264.680 |
| | | Guainía | Inírida | ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo | 7.089.109.871 |
| | | La Guajira | Maicao | ESE Hospital San José de Maicao | 11.503.499.586 |
| | | Meta | Villavicencio | Hospital Departamental de Villavicencio | 10.713.213.723 |
| | Resol 6136 de 2016 | Tolima | Ibagué | ESE Hospital Federico Lleras Acosta | 5.333.835.991 |
| | | Vichada | Cumaribo | ESE Unidad Básica De Atención Nuestra Señora Del Carmen | 1.500.100.060 |
| Subtotal 2016 | | | | | 73.202.375.072 |
| 2017 | Resol 1179 de 2017 | Tolima | Ibagué | ESE Hospital Federico Lleras Acosta | 5.335.050.819 |
| | | Vichada | Cumaribo | ESE Unidad Básica De Atención Nuestra Señora Del Carmen | 3.000.000.000 |
| Subtotal 2017 | | | | | 8.335.050.819 |
| TOTAL 2015 A 2017 | | | | | 124.044.092.558 |

Fuente: MSPS-DPSAP – 11 de agosto de 2017

- e) Recursos para fortalecer la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria.

En los últimos años se han dispuesto importantes recursos financieros orientados al mejoramiento de la capacidad resolutive de la oferta pública, para la financiación y cofinanciación de inversiones en infraestructura y dotación hospitalaria de las ESE. Entre estos recursos se encuentran: los saldos de cuentas maestras y excedentes de rentas cedidas (Leyes 1608 de 2013 y 1393 de 2010), remanentes de recursos acumulados en el FONPET provenientes del Lotto en Línea (Decreto 728 de 2013), del Sistema General de Regalías (Leyes 1530 y 1606 de 2012), recursos propios de las entidades territoriales, del Presupuesto General de la Nación y de líneas de crédito de redescuento de FINDETER con tasa compensada financiada por la Nación.

En la siguiente Tabla se presentan los proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria cofinanciados con recursos del Presupuesto General de la Nación en el período 2009 – 2016, por concepto de inversión.

**Asignación de recursos de inversión para fortalecimiento de la capacidad instalada en infraestructura y dotación asociada a la prestación de servicios de salud (*)
2009 – 2016**

Millones de Pesos Corrientes

| Concepto de Inversión | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|

| Concepto de Inversión | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|--------------|----------------|
| Estudios de vulnerabilidad sísmica y obras de reforzamiento estructural | 12.000 | 12.600 | 15.100 | 15.088 | 13.674 | 9.000 | 0 | 0 | 77.462 |
| Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria. | 0 | 0 | 0 | 0 | 21.354 | 38.280 | 105.953 | 8.629 | 144.382 |
| Total | 12.000 | 12.600 | 15.100 | 15.088 | 35.029 | 47.280 | 105.953 | 8.629 | 251.679 |

Fuente: MSPS-DPSAP – 11 de agosto de 2017

(*) Incluye: Obras de reforzamiento sísmico, estudios de pre-inversión, construcción de obra nueva, infraestructura, terminación de obra, remodelación y ampliación, y dotación hospitalaria

f) Línea de crédito de redescuento con tasa compensada de Findeter¹:

El Decreto 2551 del 10 de diciembre de 2012 creó una línea de redescuento con tasa compensada para las instituciones públicas prestadores de servicios de salud, las fundaciones sin ánimo de lucro de que trata el artículo 68 de la Ley 1438 de 2011 y las entidades territoriales, destinada a:

1. Adquisición, construcción, remodelación, ampliación, dotación de infraestructura para prestación de servicios de salud.
2. Actualización tecnológica: reposición, compra y dotación de equipos para la prestación de servicios de salud.
3. Reorganización, rediseño y modernización de las redes públicas prestadoras de servicios de salud.

Así mismo, el Decreto 2048 del 16 de octubre de 2014 creó una línea de redescuento con tasa compensada para el financiamiento de la infraestructura para el desarrollo sostenible de las regiones en los sectores energético, transporte, desarrollo urbano, construcción y vivienda, salud, educación, medio ambiente y desarrollo sostenible, Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), y Deporte, Recreación y Cultura.

En virtud de la anterior normatividad, según la información remitida por FINDETER con corte a 30 de junio de 2017, las siguientes entidades han accedido a recursos de tasa compensada para diferentes proyectos de inversión en infraestructura física o dotación y a procesos de reorganización administrativa.

| LÍNEA | DEPTO. | MUNICIPIO | BENEFICIARIO | VALOR FINANCIADO | PROYECTO |
|-----------|-----------|--------------|---|-------------------|--|
| 2551/2012 | Antioquia | Bello | ESE Hospital Marco Fidel Suarez | \$ 2.369.000.000 | Intervención de la Infraestructura física |
| 2551/2012 | Antioquia | Copacabana | Municipio de Copacabana | \$ 2.500.000.000 | Reposición de la infraestructura física de la ESE Hospital Santa Margarita de Copacabana – Antioquia |
| 2551/2012 | Atlántico | Barranquilla | Hospital Universitario Camino Adelita de Char | \$ 6.849.000.000 | Construcción de la planta física de la Institución Hospitalaria Camino Universitario Distrital Adelita de Char Fase II |
| 2551/2012 | Bogotá | Bogotá | Distrito Capital | \$ 60.000.000.000 | Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes Empresas Sociales del Estado |
| 2551/2012 | Nariño | Pasto | Hospital Universitario | \$ 8.000.000.000 | Adquisición de equipos de alta tecnología para el |

| LÍNEA | DEPTO. | MUNICIPIO | BENEFICIARIO | VALOR FINANCIADO | PROYECTO |
|-----------|-----------|------------------|-----------------------------|-------------------|--|
| | | | departamental de Nariño ESE | | servicio de Radioterapia Radiocirugía - puesta en marcha de un Acelerador Lineal en el Hospital Universitario Departamental de Nariño. |
| 2551/2012 | Santander | Piedecuesta | Gobernación de Santander | \$ 1.500.000.000 | Construcción de la nueva central de urgencias y hospitalización para la ESE Hospital Local del municipio de Piedecuesta – Santander |
| 2551/2012 | Santander | Sabana de Torres | Gobernación de Santander | \$ 1.000.000.000 | Construcción y remodelación de la ESE Hospital Integrado del Municipio de Sabana de Torres del Departamento de Santander. |
| 2551/2012 | Santander | San Andrés | Gobernación de Santander | \$ 200.000.000 | Contracción Fase II de la sección de urgencias de la ESE Hospital San José del municipio de San Andrés – Santander |
| 2551/2012 | Valle | Buga | Fundación Hospital San Jose | \$ 2.278.000.000 | Adecuación e implementación del servicio de urgencias 2 y 3 etapas de la Fundación Hospital San José de Buga |
| 2551/2012 | Valle | Cali | Departamento del Valle | \$ 40.000.000.000 | Programa de reorganización, rediseño y modernización del Hospital Universitario del Valle ESE |

Fuente: MSPS-DPSAP – 11 de agosto de 2017

De manera adicional al conjunto de medidas señaladas dirigidas de manera específica a las ESE, el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido una ruta para la recuperación y estabilización financiera del sector, entre las que se encuentran las siguientes medidas que impactan directamente a ESE.

Medidas de Liquidez²

Giro Directo – Régimen Subsidiado

En aplicación de la medida de Giro Directo, en desarrollo de los artículos 29° y 31° de la Ley 1438 de 2011, el Decreto 971 de 2011, (y sus modificatorios) compilado en el Decreto 780 de 2016 y de las Resoluciones 2320 y 4182 de 2011, se determinaron las condiciones y criterios para realizar el Giro Directo a las Entidades Promotoras de Salud, a las ESE e IPS privadas. Desde abril de 2011 los recursos del Régimen Subsidiado provenientes del Sistema General de Participaciones, del FOSYGA y de Aportes del Presupuesto General de la Nación, Recursos Transferidos por Coljuegos son girados directamente a las EPS e IPS, en nombre de las Entidades Territoriales y corresponden a la Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) del Régimen Subsidiado, soportada por la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

En la actualidad el Giro Directo desde la Nación se realiza dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, a través del Mecanismo Único de Recaudo y Giro, que

² Tomado Informe al Congreso de la República 2016-2017

concentra las fuentes de financiación del régimen subsidiado disponibles en el nivel central y se giran en una sola transacción.

Mediante dicha medida entre junio de 2016 y mayo de 2017 se han girado \$15,1 billones de pesos, de los cuales el 67,01% se han girado a las IPS y Proveedores. En total desde la aplicación de la medida en abril de 2011 se han girado \$68,7 billones de pesos de los cuales 65% han sido para la red prestadora y proveedores.

Gráfico No. 20. Evolución Giro Directo IPS y EPS



Fuente: MSPS-DFS – Fecha de Corte 31 de Mayo de 2017 - Cifras en Millones de pesos

Así mismo, se precisa que, en el marco de la Compra Directa de Cartera con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud, se han descontado a las EPS del Régimen Subsidiado por las compras realizadas \$63.186 millones de pesos, correspondiente al 0,42% de los recursos girados directamente a las IPS.

Giro Directo – Régimen Contributivo

El artículo 10° de la Ley 1608 de 2013, estipula que las EPS que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán efectuar el giro directo de al menos el 80% de la Unidad de Pago por Capitación reconocida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a través del FOSYGA.

Como consecuencia a esta disposición, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 2464 de 2013 compilado en el Decreto 780 de 2015, donde se define el procedimiento para el giro directo de estas EPS en medidas de intervención. Posteriormente, las Resoluciones 654 y 1569 de 2014, establecen los términos y condiciones para el registro de cuentas bancarias de las IPS potencialmente beneficiarias.

Como resultado de la aplicación de la reglamentación, el giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas para el giro directo en el Régimen Contributivo comenzó a partir del mes de junio de 2014 con las EPS CAFESALUD, CRUZ BLANCA y SALUDCOOP (Hoy en liquidación). Sin embargo, a partir del mes de julio de 2016 ingresaron en esta medida Coomeva EPS y SOS EPS. El valor total girado entre junio de 2016 a abril de 2017, es de \$4.343.914 millones de pesos. A continuación, se presenta un resumen del valor total girado por EPS:

Giros Vigencia 2017

(Cifras en Millones de pesos)

80% UPC NETA VIGENCIA 2016 - PROCESO DE COMPENSACION

| | |
|---------------|------------------|
| CAFESALUD | 768.699 |
| CRUZ BLANCA | 98.918 |
| COOMEVA | 561.946 |
| SOS | 184.419 |
| TOTAL* | 1.613.981 |

Fuente: MSPS-DFS –Fecha de Corte 1 de enero - 30 de abril de 2017*

Giros Vigencia 2016
(Cifras en Millones de pesos)

| 80% UPC NETA VIGENCIA 2015 - PROCESO DE COMPENSACION | |
|---|------------------|
| CAFESALUD | 1.477.374 |
| CRUZ BLANCA | 172.859 |
| COOMEVA | 816.630 |
| SOS | 263.070 |
| TOTAL | 2.729.933 |

Fuente: MSPS-DFS – Fecha de Corte 1 de junio - 31 de diciembre de 2016

Finalmente, se precisa que en el marco del artículo 10° de la Ley 1608 de 2013, se han girado \$9.336.590 millones a la Red Prestadora de Servicios de Salud y Proveedores.

Compra de Cartera

Es el mecanismo diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del artículo 9° de la Ley 1608 de 2013, para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) puedan mejorar su situación financiera relacionada con la deuda de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado o las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que administren este último régimen.

La operación de la compra de cartera se financia con recursos de la subcuenta de Garantías del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y el pago de la operación es realizado por las EPS y/o Cajas de Compensación que adeudan los recursos a las IPS.

Al corte de diciembre de 2016 se han aprobado 1.816 operaciones de compra de cartera por \$1,62 billones, en las que se han beneficiado 415 IPS y 26 EPS de los Regímenes contributivo y subsidiado.

Las facturas que hacen parte de estas operaciones, no incluyen cartera corriente. De acuerdo con lo anterior, sobre los datos de la edad y fecha en la que se originó la cartera, se informa que de acuerdo a lo observado y reportado en los formularios de Solicitud y Formalización de compra de cartera, se tienen facturas desde el año 2004 hasta el presente año.

A continuación, se presentan el detalle de las operaciones de compra de cartera realizadas desde que inició la medida en noviembre de 2013 hasta diciembre de 2016.

Estado Operaciones Aprobadas por Régimen
(Cifras en Millones de pesos)

| Régimen | Valor de Compra de Cartera | % Participación |
|----------------|-----------------------------------|------------------------|
| Contributivo | 847.687 | 52,41% |
| Subsidiado | 769.826 | 47,59% |
| TOTAL | 1.617.513 | 100,00% |

Fuente: MSPS-DFS –Fecha de Corte 1 de enero - 30 de abril de 2017*

Operaciones Aprobadas por Tipo de IPS

(Cifras en Millones de pesos)

| Tipo Entidad | Valor de Compra de Cartera | % Participación |
|--------------|----------------------------|-----------------|
| Mixta | 99.015 | 6,12% |
| Privada | 790.475 | 48,87% |
| Pública | 728.024 | 45,01% |
| TOTAL | 1.617.513 | 100,00% |

Fuente: MSPS-DFS –Fecha de Corte 31 de diciembre de 2016

De lo anterior, se precisa que 148 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (77 públicas, 69 privadas y 2 mixtas) se beneficiaron de la compra de cartera efectuada entre los meses de agosto y septiembre como parte del plan de choque del año 2015.

Esta compra de cartera ascendió a \$235.052 millones, asignados a instituciones prestadoras de 29 departamentos. Las IPS públicas se beneficiaron con operaciones por un valor total de 109.946 millones de pesos; entre tanto, las privadas recibieron 117.529 millones; y las mixtas, 7.576 millones.

Los procedimientos de la compra de cartera de los meses de agosto y septiembre del 2015 quedaron contenidos en las Resoluciones 2826, 3169 y 3261 de 2015.

Compra de Cartera Extraordinaria

(Cifras en Millones de Pesos)

| EPS | VALOR |
|--|------------------|
| ASMET SALUD ESS EPS | \$9.947 |
| CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA COMFAMILIAR | \$3.615 |
| CAPRECOM EPS | \$74.896 |
| COMFACOR EPSS | \$6.934 |
| COOMEVA EPS | \$40.404 |
| COOSALUD EPS | \$1.047 |
| ECOOPSOS EPSS | \$4.057 |
| EMDISALUD EPS | \$1.999 |
| EMSSANAR ESS | \$6.506 |
| EPS FAMISANAR | \$2.871 |
| NUEVA EPS | \$25.097 |
| PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA | \$200 |
| SALUDCOOP EPS | \$23.449 |
| SALUDVIDA EPS | \$14.515 |
| SAVIA SALUD EPS | \$19.515 |
| TOTAL COMPRA DE CARTERA EXCEPCIONAL | \$235.051 |

Fuente: MSPS-DFS –Fecha de Corte 31 de mayo de 2017*

Saneamiento de Cartera

En desarrollo de su objeto social las ESE deben ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

No obstante lo anterior, teniendo en cuenta la problemática del sistema que genera iliquidez en las instituciones prestadoras de servicios de salud asociadas a la desfinanciación de los entes territoriales para el pago de la atención a la población pobre no asegurada y los eventos que no se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (No POSS), en cumplimiento de la Sentencia T 760, y a las dificultades en el flujo de recursos del régimen subsidiado se han priorizado un

conjunto de acciones que pretenden el mejoramiento de la gestión financiera de la red hospitalaria pública, centradas en mecanismos que incrementen el monto de recursos disponibles para la financiación de las acciones a cargo de las entidades territoriales y el mejoramiento del flujo de recursos por parte de otros pagadores, de manera que se garantice la sostenibilidad de las IPS a partir del ingreso por venta de servicios de salud a los diferentes pagadores.

En este contexto se hizo necesario el desarrollo de medidas que permitan la implementación de acciones dirigidas al mejoramiento de la gestión financiera de la red hospitalaria pública, con énfasis en el financiamiento y saneamiento de cartera por atenciones a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda o al régimen subsidiado.

Para ello, en el marco del CONPES 3447 de 2006 y en las reformas al sistema general de seguridad social en salud, se contemplaron estrategias que involucran metodologías que faciliten la relación entre direcciones territoriales de salud e IPS públicas, el saneamiento con recursos de la Nación de parte de la cartera hospitalaria pública y adoptar medidas tendientes al mejoramiento del flujo, entre las que se destaca el mencionado el giro directo a EPS e IPS de los recursos nacionales destinados al régimen subsidiado.

En este contexto el Gobierno Nacional ha destinado recursos de diferentes fuentes para financiar las deudas contraídas por las entidades territoriales con las IPS y EPSS por concepto de la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, estableciendo a través de actos administrativos de asignación los criterios de distribución, las condiciones de las deudas, los procedimientos y requisitos que debían cumplir las entidades territoriales para el giro de los recursos, los cuales se han venido realizando directamente a los acreedores de estas.

Así las cosas la asignación y ejecución de los recursos asignados desde el 2011 y hasta el 2017 fueron:

| Acto Administrativo | Fuente | Asignado |
|----------------------------|--|------------------------|
| Res. 2675 2011 | PGN 2011 | 159.178.077.966 |
| Res. 002 2011 | Cajas de compensación | 57.375.941.220 |
| Res. 036 2011 * | PGN Rec. ESE Nivel 3 | 100.000.000.000 |
| Res. 296 2011 * | PGN Rec. ESE Nivel 2 | 72.065.723.000 |
| Res. 471 2011 | PGN 2011 | 81.256.199.034 |
| Total 2011 | | 469.875.941.220 |
| Res. 1059 2012 | Cajas de compensación | 139.418.143.441 |
| Res. 1606 2012 | PGN 2012 | 91.542.050.968 |
| Res. 4345 2012 | PGN 2012 | 49.000.000.000 |
| Res. 4499 2012 | PGN 2012 | 79.457.949.032 |
| Total 2012 | | 359.418.143.441 |
| Res. 3243 2013 | Cajanal | 70.547.972.990 |
| Total 2013 | | 70.547.972.990 |
| Res. 2360 2016 | Recursos Excedentes de aportes patronales (Ley 1769 de 2015) | 180.000.000.000 |

| Acto Administrativo | Fuente | Asignado |
|------------------------|--------|--------------------------|
| Total 2016 | | 180.000.000.000 |
| Gran total | | 1.079.842.057.651 |

* Los recursos fueron asignados a empresas sociales del Estado del departamento o distrito, para el pago de deudas de varios departamentos o distritos
Fuente: MSPS-DPSAP -DFS- 31 de julio de 2017

4. Propuestas sobre la nueva gobernanza del Sector Hospitalario Nacional.

La Gobernanza del Sector Hospitalario Nacional, particularmente del componente Público, como uno de los agentes del sector, no solo es potestad del Gobierno Nacional³. La Ley 715 de 2001, en cuanto a las competencias para las entidades territoriales departamentales y distritales, planteó como su responsabilidad la de organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas (Art. 43.2.4). Adicionalmente determinó que el servicio de salud a nivel territorial, se prestará mediante la integración de redes, de tal forma que se permita la articulación con unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la optimización de la infraestructura que la soporta (Art. 54).

El Decreto 1876 de 1994, en su Artículo 1, determina que las Empresas Sociales del Estado son entidades que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos. Así mismo, el Artículo 2 del mismo decreto, determina que el objeto de las Empresas Sociales del Estado será la prestación de los servicios de salud y en el Artículo 3, se mencionan la eficiencia y la calidad como los principios básicos en los cuales deben orientarse para cumplir con su objeto.

Así mismo, el Artículo 4 de este decreto, específicamente en el literal c, determina:

“Artículo 4. Objetivos de las Empresas Sociales del Estado:...

- a. *Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social...*”.

No obstante, lo anterior, el Artículo 156 de la Ley 1450 de 2011 alude la necesidad de que las entidades territoriales departamentales y distritales, presenten para aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado. Este programa deberá considerar, como mínimo, el diagnóstico de la situación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, incluyendo, entre otros, el componente de eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera, la definición y valoración de medidas para fortalecer la prestación pública de servicios, el equilibrio financiero y las medidas para el fortalecimiento de su capacidad instalada. Adicionalmente, determina que este Programa se considera parte del programa de saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto.

³ Salvo el caso de las cuatro ESE del Orden nacional: Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta y Sanatorios de Contratación y Agua de Dios.

De esta manera, la Gobernanza del sector hospitalario público está soportada en la descentralización territorial, y en la normatividad anterior, la cual se encuentra actualmente operativizada en que del total de las entidades territoriales de salud departamentales y distritales, que cuentan con Empresas Sociales del Estado adscritas a su estructura administrativa, treinta y cinco (35)⁴ tienen su programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las Políticas mencionadas en respuestas anteriores, brindan herramientas a las entidades territoriales departamentales y distritales, en el marco de sus competencias; y a las propias ESE, en cabeza de sus Juntas Directivas y Gerencias, en el marco de su autonomía institucional como entidades (empresas sociales) descentralizadas del orden territorial, para la determinación y ejecución de acciones que propendan por lograr el objetivo de las mismas.

Como propuesta a futuro, desde el Gobierno Nacional, se continuará apoyando la ejecución de proyectos de inversión para el fortalecimiento de la gestión hospitalaria pública, siempre y cuando se cuenten con recursos asignados desde el Presupuesto General de la Nación o con recursos de otras fuentes como del Sistema General de Regalías o recursos de líneas de tasa de redescuento como FINDETER.

5. Ha servido el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en el Sector Hospitalario Nacional? Avances y dificultades.

El Decreto 780 de 2016 “*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*”, compila el Decreto 1011 de 2006 y define entre otros conceptos, en el numeral 8 del Artículo 2.5.1.1.3, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad así:

“8. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.”

En el marco del mencionado Sistema se han desarrollado los componentes del mismo, los cuales son:

- Sistema Único de Habilitación,
- Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud,
- Sistema Único Acreditación (No obligatorio) y
- Sistema de Información para la Calidad),

Resultados

Los principales resultados obtenidos, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad son:

⁴ Del total de las treinta y siete (37) entidades territoriales departamentales y distritales, el Distrito de Barranquilla y el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina no cuentan con Empresas Sociales del Estado adscritas a su estructura administrativa. Por lo anterior, no tienen programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado (PTRRM) viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). La Superintendencia Nacional de Salud determinó la intervención para liquidar la ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo de Puerto Inírida, como parte de lo planteado por el Departamento del Guainía en su PTRRM aprobado por el MSPS.

1. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Como ya se mencionó, uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad es el Sistema Único de habilitación, reglamentado hoy por la Resolución 2003 de 2014⁵ y de la cual hace parte el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios, el cual contiene el proceso mediante el cual los prestadores deben inscribirse y habilitar sus servicios de salud buscando que el cumplimiento de los mismos favorezca una atención más segura.

Los criterios de dicha norma tienen un análisis permanente mediante un procedimiento que de manera periódica y permanente analiza hallazgos y requerimientos conforme a las condiciones del sector, las innovaciones necesarias que permitan disponer de alternativas en la prestación de los servicios así como la minimización de los riesgos en la prestación de los servicios de salud.

Congruentes con la Política de Seguridad del Paciente, en la norma de habilitación (Resolución 2003 de 2014), fueron incluidos criterios explícitos de seguridad en la norma de habilitación, introduciendo así cinco (5) prácticas seguras obligatorias para todos los prestadores de servicios de salud y cinco (5) específicas obligatorias dependiendo del servicio a ofertar, las cuales cuentan con paquetes instruccionales para favorecer la implementación en los prestadores de servicios de salud.

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud corresponde a la base de datos de las entidades departamentales y distritales de salud, en la cual se efectúa el registro de los prestadores de servicios de salud que se encuentren habilitados. Es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho registro contiene información de todos los prestadores autorizados por el Estado para prestar servicios de salud en el territorio nacional y permite la consulta en línea de la información de prestadores, sedes y servicios habilitados por todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con base en lo determinado en la Resolución 2003 de 2014, relacionado con la necesidad de que los prestadores realizarán su proceso de autoevaluación y declaración definitiva de portafolio de servicios, se evidenció depuración de la información, al “cerrar” numerosos prestadores por no realizar el proceso anterior, contando con información actualizada y validada, de tal forma que es útil para la toma de decisiones por parte de los diferentes actores del Sistema. Esta tarea es requerida para los prestadores al menos una vez cada año y durante el proceso de novedades que contempla la normatividad de habilitación.

Así las cosas, se ha logrado:

- Actualizar el REPS con los avances de la norma de habilitación (autoevaluación, nuevo portafolio, alertas para la gestión de las DTS, consultas de preguntas frecuentes, novedades, reportes de indicadores),
- Articular los avances del Registro con la vigilancia y el control que realiza la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de unificar la verificación de las DTS y lo exigido por la Superintendencia Nacional de Salud.

De otro lado, el Sistema Único de Habilitación ha tenido un desarrollo importante en cuanto a que no solo se están adelantando procesos para la actualización de los estándares y criterios de la habilitación de servicios de salud, sino que también éste

⁵ *Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud*

componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad ha desarrollado procesos para la habilitación de Unidades Funcionales para patologías como el Cáncer definida ésta desde las Leyes 1384 y 1388 de 2010, la habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se encuentran en proceso de construcción habilitación de prestador primario y habilitación de prestadores oferentes de atención de enfermedades huérfanas.

Siguiendo lo preceptuado por las leyes 1384 y 1388 de 2010, que exigen contar con unidades funcionales de cáncer habilitadas, se habilitó la primera unidad funcional de cáncer infantil en la IPS Hospital San Pedro de Pasto. Este proceso de habilitación autoriza a la IPS mencionada, al manejo integral de pacientes adultos con cáncer pues se evidenció el cumplimiento de los estándares y criterios como la organización de la unidad funcional, la gestión, seguimiento y evaluación de la gestión en la prestación del servicio y los resultados en salud, tal como lo establece la Resolución 1477 de 2016.

Con el reconocimiento de la primera UFCA del país, las entidades administradoras de planes de beneficios y entidades de aseguramiento están en la obligación de incluirlas en la red de prestación de servicios, en cuanto a que la contratación y prestación de servicios oncológicos para adultos deben realizarse siempre con IPS que tengan en operación unidades funcionales para la atención integral del cáncer. Lo anterior, considerando elementos de disponibilidad y suficiencia para una atención oportuna, continua, integral y resolutive.

Como parte del desarrollo de los criterios de habilitación y según lo requerido por las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015 y 1753 de 2015, se promulgó la Resolución 1441 de 2016 "*Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones*", la cual se encuentra en proceso de implementación por parte de las EPS y las Entidades Departamentales y Distritales de Salud para su puesta en marcha una vez sea dispuesto en la página web del Ministerio el módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

2. AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.

Para el desarrollo de este componente, entendido como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios, en el año 2007 se elaboraron y publicaron las *Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*, que pretenden orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover para el país una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad, en la cual se asimilen las experiencias nacionales e internacionales, convirtiendo a la **Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud** en una herramienta de gestión que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

3. SISTEMA DE INFORMACIÓN

El sistema de Información se encuentra hoy reglamentado mediante la Resolución 256 de 2016, la cual establece el Sistema de Información para la Calidad, definiendo los indicadores de obligatorio cumplimiento para los prestadores de servicios de salud. Dicha normatividad busca precisar la información que permita ser herramienta en la gestión de todos los actores.

4. SISTEMA DE ACREDITACIÓN

El Sistema de Acreditación es un proceso voluntario. En el ámbito de la Prestación de Servicios, la mejor “Buena Práctica” a reseñar es el esfuerzo voluntario que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud realizan por alcanzar y mantener estándares de Calidad superiores a los obligatoriamente exigidos dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Eso se concreta en adquirir el Certificado de Acreditación otorgado por el ICONTEC, como Entidad Acreditadora autorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Decreto 903 de 2014, compilado hoy en el Decreto 780 de 2016.

De esta manera, a la fecha el país cuenta con treinta y seis (36) IPS acreditadas, cuyo certificado de Acreditación, además, es avalado internacionalmente por IsQUA, entidad referente internacional en calidad con sede en Irlanda. Tal reconocimiento les confiere “status” de gestión con calidad en la prestación de servicios, lo que les facilita, entre otras cosas, acceder a mercados internacionales exportando servicios de salud en varios casos.

La trayectoria y el esfuerzo que les permite alcanzar y mantener la **Acreditación**, implica para dichas entidades una cultura organizacional orientada al mejoramiento continuo, y en otros casos, la referencia entre sí y con otras instituciones en la región y en el mundo.

De esta manera, el foco de la mejora en el **Sistema Único de Acreditación** en salud, son todos los usuarios de los servicios de salud así como su familia, quienes recibirán una atención de alta calidad, segura y pertinente. Ahora bien, otros beneficiarios son las propias IPS, las Entidades Promotoras de Salud EPS, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales ARL y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional IPSO, quienes encontrarán en los estándares de acreditación un reto para la mejora continua de la calidad en la atención en salud.

La expedición del Decreto de Acreditación en salud (903 de 2014, hoy compilado en el Decreto 780 de 2016), permite fortalecer el sistema de salud en los siguientes puntos: (i) fortalece la rectoría del Sistema Único de Acreditación en Salud en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social; (ii) crea un consejo asesor conformado por el Ministro de Salud y Protección Social para brindarle un apoyo en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad en salud; (iii) cambia el modelo de un solo ente acreditador al modelo de varios acreditadores y se hacen más exigentes los requisitos de las entidades para acreditar en Colombia. Se tendrán en cuenta los requisitos que implican que la entidad esté acreditada por la Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud (ISQUA), organismo sin ánimo de lucro, de carácter independiente, y referente mundial para acreditar a las instituciones que desarrollan procesos de evaluación externa basados en estándares de acreditación en salud y que tengan una experiencia igual o superior a cinco años en procesos de acreditación en el país; (iv) fortalece la información que recibe el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con el progreso de la acreditación en salud en Colombia por cada entidad acreditadora al tener datos *on line* a través del Registro Especial de Acreditadores en Salud (REAS); (v) controla el ingreso de “entidades acreditadoras” que han venido comercializando el otorgamiento de sellos de calidad en el país, al margen del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y con estándares inferiores a los adoptados para el Sistema Único de Acreditación en Colombia; (v) fortalece el uso de los Manuales de Acreditación en Salud adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social y posibilita el ingreso de nuevos manuales de estándares siempre y cuando los mismos estén acreditados por ISQUA, entidad que garantiza que dichos requisitos están a la altura de los estándares de talla internacional. Todo lo anterior fortalece el mejoramiento de la calidad de la atención en salud con

enfoque en la seguridad y la excelencia clínica, aumentando el número de las entidades acreditadas en Colombia.

El listado de IPS Acreditadas puede ser consultado en el siguiente link: <http://www.acreditacionensalud.org.co/Paginas/lpsAcr.aspx> ; a través del cual, además, puede accederse a las páginas institucionales de dichas entidades.

6. Cómo se va a formalizar a los trabajadores de la salud, en especial en el Sector Hospitalario Nacional? Estadísticas sobre formalización laboral.

El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Circular Externa conjunta 100-003- 2013, instó a la ESE, a que la vinculación del recurso humano requerido en la prestación de servicios de salud, en los casos que sea viable y ajustado al presupuesto se adelante a través de la vinculación en empleos temporales, que se creen para el efecto, en los términos y condiciones señalados en la Ley 909 de 2004 y el Decreto 1227 de 2005. Esta circular también fue suscrita por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

El 22 de julio del 2014 el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1376 del 2014 “Por el cual se reglamentan los mecanismos de estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal y los Acuerdos de Formalización Laboral en las ESE del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones” compilado en el Decreto 1083 de 2015. Como resultado de la aplicación de dicha norma con corte a 31 de diciembre de 2016, 73 ESE tenían 4.291 cargos provistos en plantas temporales.

No obstante, ante la situación presentada con la vinculación de personal en las ESE y con el fin de lograr la primacía de los principios mínimos fundamentales señalados en el artículo 53 de la Constitución Política, y con el fin de superar algunas situaciones que la Corte Constitucional refirió en la Sentencia C-614 de 2009, relacionadas con el cumplimiento de funciones misionales permanentes a través de contratos de prestación de servicios o de otras modalidades que impliquen intermediación laboral y, en la Sentencia C-171 de 2012 en relación con la contratación con terceros y la necesidad de que las ESE cuenten con plantas de personal propias, idóneas, adecuadas y suficientes para atender y desarrollar sus funciones de carácter permanente, han surgido iniciativas gubernamentales tendientes a la formalización de las relaciones laborales y la aplicación de los estándares internacionales del trabajo decente.

Así mismo, en los acuerdos de la Mesa de Negociación del Sector Salud suscritos entre las organizaciones sindicales y el Gobierno Nacional el 7 de mayo de 2015, uno de los puntos acordados fue la redacción de un texto de proyecto de Ley que permita solicitar al Congreso de la República facultades especiales pro tempore para que el Gobierno Nacional expida un régimen laboral especial para los trabajadores de las ESE nacionales y territoriales.

A su vez, en la vigencia 2017, el 28 de febrero, las centrales sindicales y las federaciones de empleados públicos: Central Unitaria de Trabajadores de Colombia (CUT), Confederación General del Trabajo (CGT), Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC), Federación Colombiana de Trabajadores de la Educación (FECODE), Unión de Trabajadores del Estado y los Servicios Públicos (UTRADEC), Federación Nacional de Trabajadores al Servicios del Estado (FENALTRASE), Federación Colombiana de Trabajadores y Servidores Públicos (FECOTRASERVIPUBLICOS), Unión Nacional de Trabajadores del Estado y los Servicios Públicos (ÚNETE), presentaron al Gobierno Nacional el Tercer Pliego Marco Estatal, en cumplimiento de lo establecido en el artículo

55 de la Constitución Política y en el Decreto 160 de 2014, compilado en el Decreto 1072 de 2015.

En el marco de dichas normas, el 7 de marzo se instaló la tercera mesa de negociación de la convención colectiva del sector público 2017. Uno de los temas tratados para el sector salud es el relacionado con lo acordado en la Mesa de Negociación del Sector Salud, acuerdo suscrito entre las organizaciones sindicales y el Gobierno Nacional el 7 de mayo de 2015, sobre el proyecto de Ley que permita solicitar al Congreso de la República facultades especiales pro tempore para que el Gobierno Nacional expida un régimen laboral especial para los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado nacionales y territoriales. La suscripción del nuevo acuerdo laboral se realizó el 12 de junio de 2017.

Como resultado del trabajo de las mesas de concertación realizadas desde el 2015, se obtuvo como producto la propuesta de proyecto de ley, mediante el cual se solicitó al Congreso de la República facultades especiales pro tempore para que el Gobierno expida un régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en las ESE de nivel nacional y territorial, la cual fue presentada al Congreso de la República quedando radicada con el número 12 en la Comisión Primera del Senado.

El proyecto de ley busca que se otorgue facultades extraordinarias pro tempore al Gobierno Nacional para expedir un régimen laboral especial para los servidores públicos de las ESE del nivel nacional y territorial, así como para expedir el Sistema Específico de Carrera Administrativa del personal que presta sus servicios en las entidades públicas del orden nacional que integran el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y la expedición del sistema de estímulos, capacitación y situaciones administrativas especiales de los servidores públicos vinculados a tales entidades, y se dictan otras disposiciones.

Con el proyecto de ley se busca, para las ESE:

- a) **Garantizar la eficiencia en la prestación del servicio público:** El objeto de las ESE es la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado, prestación que requiere contar con el talento humano idóneo para asegurar un suministro de servicios de manera efectiva y con calidad, objetivo que exige la garantía de unas reglas especiales de orden laboral.
- b) **Hacer coherente la organización y funcionamiento en materia laboral de las ESE.** La organización y el funcionamiento de tales instituciones debe involucrar reglas flexibles y especiales para la vinculación del personal encargado de prestar el servicio público, lo que contribuye al reconocimiento de su contribución como factor esencial de la capacidad del sistema para asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población. Para atender las especiales condiciones que demandan los servicios de salud en el país, se hace urgente diseñar e implementar un esquema de administración del talento humano que se aparte válidamente, del que cobija en la actualidad a todos los demás sectores y que en consecuencia, excluya de la generalidad, las reglas dirigidas al personal vinculado a las ESE.
- c) **Lograr la mayor rentabilidad social en el uso de los recursos públicos:** En tal contexto y dado el alto porcentaje de vinculación de personal a las ESE mediante contratos de prestación de servicios y el riesgo jurídico que ello ha generado, lo pretendido es generar un escenario laboral garante tanto de los derechos del talento humano de la salud, como del buen uso de los recursos públicos, lo que se traducirá en una mejora en la calidad de la prestación del servicio de salud.

Como antecedente, es necesario comentar que en el Proyecto de Ley 210 de 2013 – Senado “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 – Senado, se propuso incluir unos artículos para definir el régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado.

El proyecto fue radicado, y en las discusiones del mismo se propuso un artículo otorgándole facultades extraordinarias al Presidente de la República, en los siguientes términos:

“Artículo 82. Facultades extraordinarias régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado. De conformidad con lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístese al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias para que en el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la publicación de la presente ley, expida normas con fuerza de ley que contengan la clasificación de empleos, el procedimiento para su vinculación y retiro y, en general, el régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, con el propósito de garantizar la calidad, humanización y eficiencia en la prestación del servicio público de salud y hacer sostenible las Empresas Sociales del Estado. En todo caso, en desarrollo de estas facultades se deberán respetar los derechos adquiridos y propiciar condiciones dignas de trabajo y el adecuado bienestar social de los Servidores Públicos, en observancia de los principios del artículo 53 de la Constitución Política. El Decreto deberá ser concertado con las organizaciones sindicales de conformidad con el artículo 55 de Constitución Nacional.”

En Comisión Séptima del Senado se debatió el proyecto y fue aprobado, posteriormente pasó a plenaria de Senado, siendo aprobado el 15 y 16 de octubre de 2013. Pasó a Comisión Séptima de la Cámara de Representantes donde se archivó.

7. La integración vertical va a seguir cerrando hospitales?

Con base en todos los aspectos mencionados en las respuestas a las inquietudes anteriormente planteadas, en concepto del Ministerio de Salud y Protección Social, no existen parámetros para evidenciar que por alguna circunstancia, se plantee el cierre de los hospitales públicos. Por el contrario, la evidencia muestra el compromiso del Ministerio en el mejoramiento de sus condiciones administrativas, asistenciales y financieras, de tal forma que se cuente con la participación de este importante actor en la gestión cotidiana y extraordinaria del servicio de salud.

Por último, se tienen las medidas implementadas por el Gobierno Nacional para el mejoramiento de las condiciones financieras de los prestadores públicos y privados, dentro de las que se encuentran el “giro directo” y la “compra de cartera”, con resultados importantes para la gestión rutinaria de los mismos.

Con todo lo anterior como ejemplo, es posible evidenciar el compromiso del Gobierno con el sector hospitalario y su intención de fortalecerlo.

Cordialmente,

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios