



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201710001702581

Fecha: 04-09-2017

Página 1 de 1

Bogotá D.C.,

Doctor

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO

Secretario General

Cámara de Representantes

Congreso de la República

Capitolio Nacional, primer piso

Ciudad

Cámara de Representantes
Secretaría General
CORRESPONDENCIA

05 SEP 2017

Radicado No.

Recibido Por:

2504
Camilo Andrés Acuña C.
12:30 PM

ASUNTO: Solicitud de información. Proposición 012 de 2017. Radicados internos 201742301842132 y 201742301849512.

Respetado Doctor:

De manera atenta, en el documento adjunto se da respuesta a la Proposición No.012 de 2017 denominada "cuestionar condiciones actuales del sistema de salud, verificar compromisos del Gobierno Nacional en la materia, revisar los desafíos y buscar las mejores alternativas y oportunidades de solución".

Estaré atento a resolver cualquier inquietud que usted considere.

Cordial Saludo,


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro Salud y Protección Social

Anexo. Lo enunciado en () folios.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono: (57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

Proposición 012 de 2017

Documento Anexo

1. ¿Cuál es el mayor reto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano a día de hoy?

Respuesta:

Lograda la cobertura universal, la unificación de los Planes de Beneficios – PB y el ajustes al arreglo institucional existente, los retos que quedan se pueden resumir así: sostenibilidad y calidad de la atención.

Con relación a la sostenibilidad el reto de implementación de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015)¹ trae consigo la necesidad de mayores recursos. Si bien la reciente reforma tributaria ha generado al sector una fuente adicional de recursos, las estimaciones y comportamiento de la demanda de servicios de salud indica que las frecuencias de uso de servicios están aumentando y, que pese a los esfuerzos, por estructurar nuevos modelos de atención y contratación, el país requiere invertir mayores recursos para cubrir las expectativas de la población y las necesidades determinadas por los cambios demográficos, factores epidemiológicos y la disposición de nuevas tecnologías.

En cuanto a la calidad, es necesario trabajar en que los servicios lleguen efectivamente y con mayor oportunidad a las personas que los necesitan. Las reglas de habilitación para Empresas Promotoras de Salud – EPS y su consolidación en el tiempo permitirán que permanezcan las entidades que realmente tienen vocación de continuar en el sector, cumpliendo el propósito fundamental que es garantizar el derecho fundamental a la salud a los colombianos. La armonía entre los aseguradores y prestadores debe garantizar que los servicios sean dados con la calidad y la oportunidad que los pacientes requieren. Se hace necesario continuar trabajando en los procesos de formación del talento humano que el país necesita y en la conciencia del trato humanizado a los pacientes.

2. Indicar los niveles de cobertura, aseguramiento y protección financiera en salud.

Respuesta:

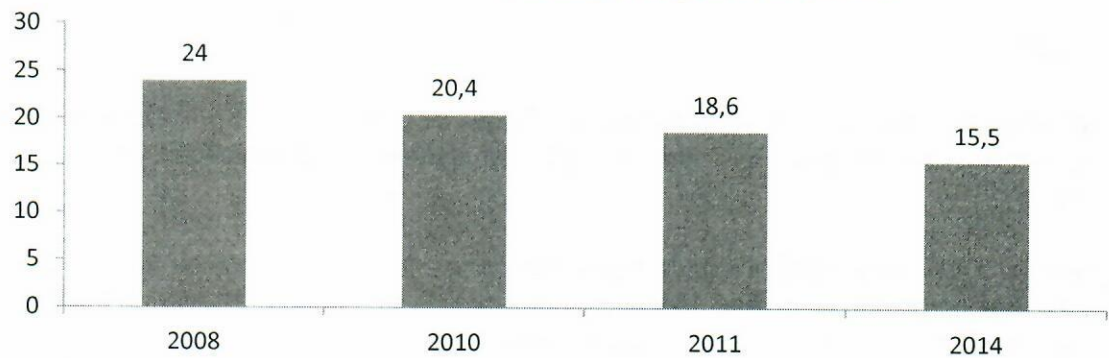
Uno de los indicadores utilizados para medir la protección financiera es el gasto de bolsillo, ya que muestra el gasto que las personas realizan en salud con recursos propios, en la medida que un hogar tenga que invertir menos de sus propios ingresos para obtener la atención en salud implica una protección financiera mayor. La implementación del sistema de aseguramiento ha mostrado resultados satisfactorios en protección financiera, en tanto que el reconocimiento de la prima garantiza la atención en salud, lo que se ve reflejado en una reducción del gasto de bolsillo.

En la **Gráfica No. 1** se presenta el gasto de bolsillo en salud – GBS como porcentaje del gasto total en salud –GTS, el cual presenta una reducción sostenida para el período 2008-2014. Esto nos

¹ "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"

permite concluir que efectivamente el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS está asumiendo una mayor proporción del gasto de manera directa, y de esta forma se está protegiendo a la población vulnerable de un potencial gasto catastrófico asociado a necesidades en salud.

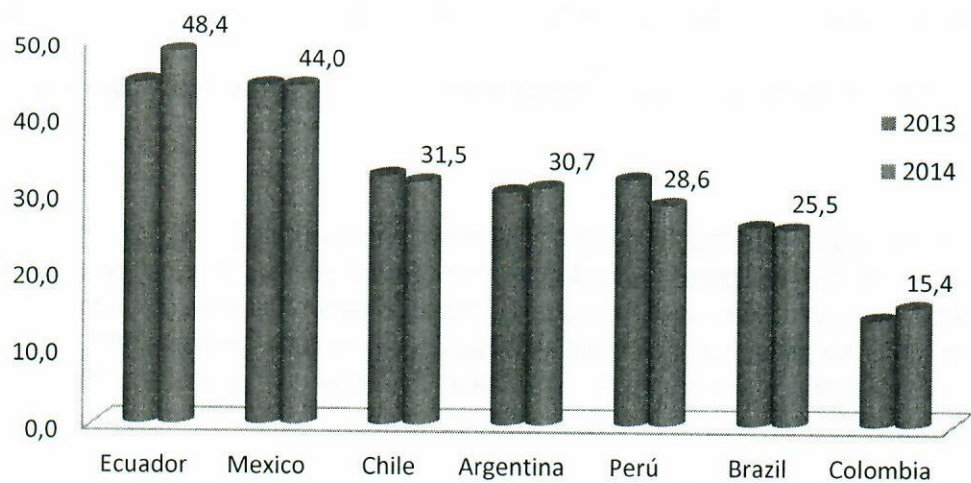
Gráfica No. 1
Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud



Fuente: DANE-ECV, DNP y MSPS.

En comparación con otros de los países de la región, como Chile y Argentina, Colombia ha mostrado un gasto de bolsillo sistemáticamente menor. En la **Gráfica No. 2** se muestra como para el año 2014 tanto Chile como Argentina reportaban un gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud superior al 30%, mientras Colombia para el mismo año reportó un 15,4%. Además de esto, incluso frente a Brasil que corresponde al país que tiene el segundo gasto de bolsillo más bajo de la región de los países incluidos en la gráfica, la diferencia es de 10 puntos porcentuales, mostrando que Colombia se aleja de manera sustancial de los resultados obtenidos en este indicador por los otros países de la región.

Gráfica No. 2
Gasto de Bolsillo como % del GTS en algunos países de América Latina y Colombia



Fuente: Elaboración MSPS - Dirección de Financiamiento Sectorial, con base en indicadores Banco Mundial. Versión actualizada al 04/27/2017.

Cobertura de aseguramiento en salud

A continuación en la **Tabla No. 1** se presenta la cobertura de aseguramiento en salud, con corte al mes de julio de 2017.

Tabla No. 1	
Cobertura de aseguramiento en salud	
VARIABLE	2017
TOTAL POBLACION DANE 2017	49.063.774
AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO Julio 2017	22.232.900
AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Julio 2017	21.892.515
TOTAL AFILIADOS R. SUBSIDIADO+ R. CONTRIBUTIVO	44.125.415
ESTIMADO AFILIADOS REGIMEN EXCEPCION	2.269.591
TOTAL POBLACION AFILIADA	46.395.006
PORCENTAJE POBLACION ASEGURADA	94,56%

Fuente: MSPS.

3. ¿Cuánto invierte Colombia en el sector salud y a cuánto corresponde como porcentaje del PIB?

Respuesta:

Con el fin de garantizar el derecho a la salud de todos los colombianos, por medio de la universalización de la cobertura del sistema de salud, se ha realizado un esfuerzo permanente de inversión a nivel nacional y territorial. Este esfuerzo continuo ha implicado un crecimiento del gasto en salud, tanto del total, como el del gobierno general y el gasto privado. Asociado a lo anterior, se ha observado un crecimiento de la participación del GTS, así como del gasto del gobierno general -GGG, frente al producto interno bruto -PIB-.

Tabla No. 2				
Gasto en salud				
(Billones pesos y porcentajes)				
Concepto	2012	2013	2014	2015
Gasto total en salud (GTS)	43,51	46,89	50,52	54,76
Gasto Gobierno General (GGG)	31,68	34,33	37,49	41,01
Gasto Privado (GP)	11,83	12,57	13,02	13,74
GTS/PIB (%)	6,55%	6,60%	6,67%	6,85%
GGG/PIB (%)	4,77%	4,83%	4,95%	5,13%

Fuente: MSPS.

4. Presentar un informe sobre el tamaño de la deuda y del déficit que prevalece en el sistema general de salud?

Respuesta:

El Decreto 4747 de 2007² reguló los aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, determinando el mecanismo para el pago aplicable a la compra de servicios de salud.

No obstante lo anterior, uno de los principales problemas del sector salud es el manejo de la información financiera tanto de los responsables del pago como de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta situación altera el diagnóstico financiero de las entidades y, por lo tanto, se hace necesario adelantar acciones que aporten en el proceso de aclaración de cuentas entre los actores del sistema.

La Procuraduría General de la Nación, la Superintendencia Nacional de Salud – SNS y el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, realizaron entre el 27 y 29 de mayo del 2013 el piloto de aclaración de cuentas, para lo cual se expidieron las Notas Externas 211486 y 211487 de 2013, donde se establecía el procedimiento para que las entidades territoriales, EPS e IPS efectuaran el reporte de la información de cartera. Los resultados de las jornadas de aclaración de cuentas fueron publicados en la página Web de Ministerio en link de “Financiamiento y Pago de deudas” en “Procedimiento pago de deudas del régimen subsidiado”.

Una vez analizados los resultados de las jornadas, se determinó la necesidad de establecer un proceso sistemático para que las entidades del sector realizaran el reporte de información tendiente a la aclaración de cuentas. Con este propósito, el MSPS y la SNS, expidieron la Circular Conjunta 030 del 2013, mediante la cual se establece el “Procedimiento de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios y recobros” y define las responsabilidades de los actores respecto al reporte de información.

De acuerdo a la información reportada por las entidades responsables de pago (EPS del RC y RS y entidades territoriales) e IPS, con fecha de corte al 30 de junio de 2017, las coincidencias generadas en los reportes de las entidades responsables del pago - ERP e IPS son las siguientes (Tabla No. 3):

Tabla No. 3
Cruce de cartera - Resultados Circular 030 de 2013

(Cifras en Millones de \$)

RESULTADOS CRUCES	REPORTE ERP	REPORTE IPS ó EPSS	MENOR VALOR COINCIDENCIAS
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs IPS	374.334	373.508	305.441
EPS - REGIMEN CONTRIBUTIVO Vs IPS	4.337.657	8.471.051	3.910.143
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs EPS	382.953	461.687	371.036
EPS - REGIMEN SUBSIDIADO Vs IPS	2.429.046	3.592.074	1.964.388
TOTAL	7.523.990	12.898.320	6.551.008

² “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”

Fuente: Circular Conjunta 030 de 2013 - Corte 30 de septiembre de 2016. Nota: Esta información está sujeta a la depuración realizada por parte de las ERP e IPS en el marco de sus responsabilidades en la Circular Conjunta No. 030 de 2013 e incluye las EPS que están en proceso de liquidación.

Igualmente, según el reporte efectuado por las entidades territoriales permite establecer la siguiente edad de la cartera (tomando el menor valor de las coincidencias) (**Tabla No. 4**):

Tabla No. 4
Resultados por edad de cartera – Circular 030 de 2013
(Cifras en Millones de \$)

RESULTADO CRUCE COINCIDENCIAS	1-30	31 - 60	61 – 90	91 - 120	121 - 150	151 - 180	181 - 360	> 360	TOTAL
ENTIDADES TERRITORIALES Vs IPS	1.562	19.225	20.098	19.404	20.290	18.934	82.348	123.581	305.441
ENTIDADES TERRITORIALES Vs EPS	9.544	9.653	8.902	8.861	7.803	10.668	95.000	220.605	371.036
EPS Régimen Subsidiado Vs IPS	44.236	172.178	161.879	155.215	167.014	139.028	594.155	530.684	1.964.388
EPS Régimen Contributivo Vs IPS	207.923	385.293	367.648	357.571	308.273	278.868	974.247	1.030.322	3.910.143
TOTAL	263.266	586.348	558.526	541.050	503.380	447.497	1.745.750	1.905.191	6.551.008

Fuente: Circular Conjunta 030 de 2013 - Corte 30 de septiembre de 2016. Nota: Esta información está sujeta a la depuración realizada por parte de las ERP e IPS en el marco de sus responsabilidades en la Circular Conjunta No. 030 de 2013 e incluye las EPS que están en proceso de liquidación.

5. ¿Cuáles son los principales impactos y efectos que en la práctica ha tenido la promulgación e implementación de la Ley 1751 de 2015 (Derecho Fundamental de la Salud)

Respuesta:

Es pertinente señalar que la Ley Estatutaria estableció que el sistema de salud debe garantizar la prestación integral de los servicios en todas las fases de atención. A partir de dicho mandato, el sistema de salud garantiza, para todas las patologías, un conjunto de servicios y tecnologías que incluyen actividades, intervenciones, procedimientos, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, sistemas organizativos y de soporte utilizados con excepción de lo previsto en el régimen taxativo de exclusiones.

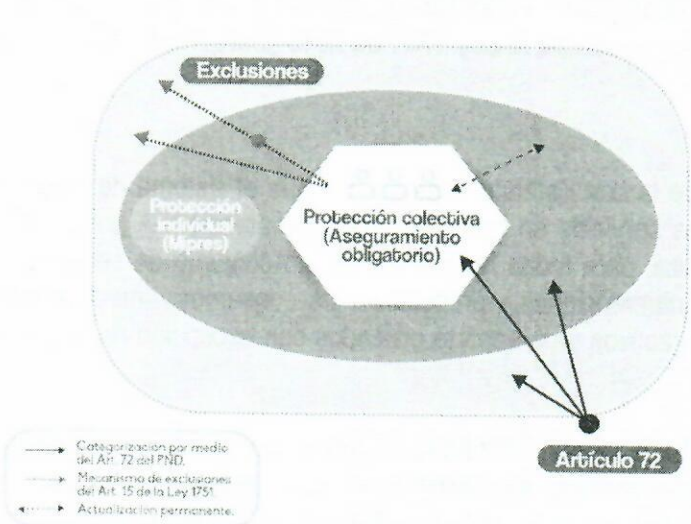
Así, siguiendo el mandato de la Ley Estatutaria de Salud, los servicios y tecnologías en salud a ser financiadas con recursos del sistema se dividieron en dos grupos. En un primer grupo están los servicios y tecnologías con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, como mecanismo de protección colectivo. En el segundo grupo se encuentran los servicios y tecnologías no incluidos en el primer grupo y que corresponden a aquellos de carácter excepcional (enfermedades raras, los nuevos medicamentos y algunos servicios sociales complementarios) garantizados a través de un mecanismo de protección individual, ordenados y autorizados directamente mediante el aplicativo Mipres. El primer grupo se remunera *ex - ante* mediante el UPC. El segundo *ex - post* desde un fondo centralizado.

En esta discusión es importante resaltar las características de los dos mecanismos de protección: La protección colectiva tiene un énfasis utilitarista, está basada en el mayor beneficio posible para la población en su conjunto o para un grupo de pacientes o personas especificado de antemano. La

protección colectiva tiene en cuenta los datos epidemiológicos, las características de la población, esto es, está basada en un examen a priori de las necesidades de la población. La protección individual se centra, por el contrario, en las necesidades de un individuo particular, no en las necesidades previstas de la población, sino en las carencias observadas de una persona en concreto^{3 4 5 6}. La protección colectiva e individual a los derechos pueden entrar en tensión cuando existen recursos escasos. Un Sistema centrado meramente en la protección individual de los derechos corre el riesgo de entregarle todo a muy pocos y muy poco a casi todos.

Por supuesto, algunas tecnologías pueden pasar de la protección individual a la colectiva o viceversa, en el marco de la actualización al PB. Para cumplir con la Ley Estatutaria de Salud, este esquema debe complementarse con un mecanismo técnico-científico y participativo que permita determinar las exclusiones, esto es, las prestaciones de salud no cubiertas. Las exclusiones deben obedecer a los criterios establecidos en la ley y seguir el procedimiento determinado por la Resolución 330 de 2017⁷. Finalmente, como el universo de prestaciones y tecnologías es dinámico, crece todos los años, el esquema propuesto necesita un mecanismo ordenado de evaluación e incorporación de las nuevas tecnologías, este mecanismo está dado por el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015⁸. La explicación de lo anterior se encuentra en la siguiente **Gráfica No. 2**:

Gráfica No. 2
Coberturas de protección y procedimientos de ampliación progresiva y exclusiones de los beneficios que garantizan el derecho a la salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS

³ Salazar Ligia (2009) Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. Universidad del Valle - Programa Editorial Pag 39-41

⁴ Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997: "Artículo 3.

⁵ Brena, Ingrid (2007) El derecho a la salud. Biblioteca Jurídica del Instituto de Investigaciones Jurídica de la UNAM

⁶ Mittelmark, M. (2001), "Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level", en Health Promotion International, vol. 16, núm. 3, Pág: 269-274.

⁷ "Por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones"

⁸ "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"

En el marco de lo indicado anteriormente el MSPS ha desarrollado las siguientes estrategias para el cumplimiento de la garantía del derecho a la salud: i) Protección de las prestaciones colectivas; ii) Protección de las prestaciones individuales- Mipres; iii) Resolución que fija el mecanismo de exclusiones, iv) Fortalecimiento de la puerta de entrada y v) Mecanismos operativos para implementar la Ley Estatutaria de Salud.

i. Protección colectivas – Aseguramiento obligatorio

Esta protección colectiva, como se señaló previamente, hace parte del aseguramiento en salud, por lo que hay una definición de coberturas y un promedio definido de atenciones en un PB, que son reconocidas a través de un pago *ex – ante*, en un valor per cápita. En el aseguramiento la protección es universal, colectiva y se transfieren los recursos a un tercer pagador con el objeto de que garantice las atenciones integrales de las coberturas incluidas. Estas prestaciones de servicios en salud colectivas cubren aquellos servicios y tecnologías en salud en donde es posible mancomunar los riesgos individuales asociados al uso de las mismas.

Como se le ha señalado en diferentes oportunidades, la universalización se alcanzó en el 2010⁹ y se ha venido consolidando a la fecha. Por su parte, la unificación de los planes de beneficios¹⁰ se realizó por el ciclo de vida del individuo obedeciendo a criterios de vulnerabilidad y se inició con los menores de 1 año y embarazadas en 1995, los niños de 1 a 12 años en el 2009,¹¹ se siguió con los adolescentes de 13 a 17 años en el 2010¹² y los adultos mayores de 60 años en el 2011¹³ y se finalizó con los adultos entre los 18 y 59 años en el 2012.¹⁴

Una de las principales críticas al aseguramiento y, especialmente, al PB se concentraba en la incertidumbre generada frente a la inclusión o no de algunos servicios y tecnologías en salud, con el fin de subsanar dicha circunstancia y en cumplimiento de los artículos 2, 5 y 15 de la Ley Estatutaria de Salud, se expidió la Resolución 5592 de 2015¹⁵ que inició el proceso de un PB más implícito frente a los 647 medicamentos¹⁶ incluidos en éste, 581 pertenecientes al listado general, 54 a salud pública y 12 agrupaciones. Los ajustes realizados fueron los siguientes: i) Se incluyeron 229 aclaraciones de concentración de formas farmacéuticas líquidas o sólidas estériles de administración parenteral con 74 concentraciones nuevas y 27 aclaraciones de cobertura, es decir, el 40% de los medicamentos están disponibles en todas las concentraciones, ii) Se establecieron 12 coberturas por subgrupos de medicamentos, 6 de ellos¹⁷ sin Valor Máximo de Reconocimiento - VMR¹⁸: los

⁹ Orden vigésimo novena de la Sentencia T-760 de 2008

¹⁰ Órdenes vigésimo primera y vigésimo segunda de la Sentencia T-760 de 2008

¹¹ Acuerdo 04 de 2009 de la CRES

¹² Acuerdo 011 de 2010 de la CRES

¹³ Acuerdo 027 de 2011 de la CRES

¹⁴ Acuerdo 032 de 2012 de la CRES

¹⁵ "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones".

¹⁶ Resultados del estudio de concentraciones y/o formas farmacéuticas de medicamentos incluidos en el POS, aclaración de cobertura y definición de valores de reconocimiento para cálculo en la UPC. Informe Técnico. II Fase: formas farmacéuticas sólidas y líquidas estériles para administración parenteral – MSPS 2015.

Definición de subgrupos de medicamentos por clasificación terapéutica, farmacológica o química y cálculo de valor de reconocimiento. II fase – MSPS 2015.

¹⁷ Es el valor máximo que sirve para definir la orientación de la financiación pública hacia un valor de referencia a reconocer por cualquier medicamento del grupo que se conforme. El valor máximo de reconocimiento se calcula considerando el valor promedio ponderado anual, estadísticas de posición de los valores y frecuencias reportadas en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos-SISMED; dicho valor se ajusta teniendo en cuenta, de ser necesario, por dosis promedio de prescripción y

concentrados para hemodiálisis, corticosteroides, monofármacos, grupo de las heparinas, insulinas y análogos, sales de rehidratación oral formulaciones y soluciones isotónicas; y las otras 6¹⁹: con valor máximo de reconocimiento: agentes beta bloqueantes no selectivos, antagonistas del receptor h2, bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos principalmente vasculares, inhibidores de bomba de protones, Inhibidores de la ECA, monofármacos e Inhibidores de la HMG CoA reductasa, y iii) Se incluyeron los estereoisómeros de principios activos²⁰ contemplados en el plan siempre que compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen con un VMR.

En el 2016 con la Resolución 6408 de 2016²¹ se profundizó en el PB implícito para los medicamentos con la eliminación de la forma farmacéutica y la concentración, dejando 470 ítems de medicamentos distribuidos así: 420 del listado general, 38 de salud pública y 12 agrupaciones. Los avances fueron: i) Se aclararon 135 cobertura de otras formas farmacéuticas (cremas, ungüento, jarabes, suspensión, gotas, entre otros) con 66 concentraciones y/o formas farmacéuticas nuevas y 6 aclaraciones de cobertura por artículo 134 de la mencionada Resolución 5592, ii) Se realizaron 9 agrupaciones de medicamentos con VRM²², estas son: -corticosteroides, monofármacos, insulinas y análogos, sales de rehidratación oral, agentes beta bloqueantes no selectivos, antagonistas del receptor h2, bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos principalmente vasculares, inhibidores de bomba de protones, monofármacos, inhibidores de la ECA, monofármacos. E inhibidores de la HMG CoA reductasa; y 3 agrupaciones de medicamentos sin VMR, estas son: soluciones para hemodiálisis, soluciones para diálisis peritoneal y grupo de las heparinas, monofármacos²³ y ²⁴ iii) Se incluyeron los estereoisómeros de principios activos contemplados en el plan siempre que compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen con un VMR para cálculo en la prima establecido para el principio activo de origen²⁵.

Los resultados generales de las actualizaciones del PB en salud de los años 2015 y 2016 se centraron en profundizar los aspectos relacionados con aclarar la cobertura de procedimientos y servicios, inclusión de tecnologías para el diagnóstico de enfermedades huérfanas, agrupación de medicamentos, con el fin de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho

manteniendo las frecuencias reportadas en la base de prestación de servicios de salud que se utiliza para el cálculo de la UPC. La expresión del valor puede establecerse bien sea como un total o una expresión per cápita según el número de expuestos." Numeral 40 del artículo 8, Resolución 6408 de 2016 del MSPS.

¹⁸ Anexo de la Resolución 5592 de 2015.

¹⁹ Anexo de la Resolución 5592 de 2015.

²⁰ Artículo 39 de la Resolución 5592 de 2015.

²¹ "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

²² Con cobertura por subgrupo con valor máximo de reconocimiento: atc s01ba-corticosteroides, monofármacos, atc a10a- insulinas y análogos, a07ca sales de rehidratación oral, atc c07aa -agentes beta bloqueantes no selectivos, atc a02ba - antagonistas del receptor (no se cubren combinaciones con medicamentos no pos), atc c08c - bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos principalmente vasculares, atc a02bc - inhibidores de bomba de protones, monofármacos (no se cubren combinaciones con medicamentos no POS), atc c09aa - inhibidores de la eca, monofármacos y atc c10aa -inhibidores de la HMG CoAa reductasa. Anexo de la Resolución 6408 de 2016.

²³ Con cobertura por subgrupo sin valor máximo de reconocimiento: atc b05za soluciones para hemodiálisis, b05d soluciones para diálisis peritoneal y atc b01ab - grupo de las heparinas, monofármacos (no se cubren combinaciones con medicamentos no pos). Anexo de la Resolución 6408 de 2016.

²⁴ Valores Máximo de Reconocimiento para cálculo en la prima por expuestos y grupo de medicamentos: Estudio técnico para la vigencia 2017 - MSPS (2016)

²⁵ Artículo 38 - Resolución 6408 de 2016 del MSPS.

fundamental a la salud y desarrollar, en particular, los principios de equidad, eficiencia, integralidad y participación ciudadana.

Como se puede observar se ha garantizado el derecho en el mecanismo de protección colectivo, las coberturas del PB para el 2017 incluyen: i) El 85% de los procedimientos realizados en el país, ii) El 50% de los medicamentos disponibles en Colombia y el 100% de los medicamentos esenciales fijados por la Organización Mundial de la Salud – OMS, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población y la carga de enfermedad, excepto aquellos que están asociados a enfermedades no existentes en el país, y iii) el 100% de los dispositivos e insumos que son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento.

ii. Protección de prestaciones individuales - Mipres

Para garantizar la protección de las prestaciones individuales, esto es, aquellas a las que acceden los usuarios una vez se han agotado las opciones previstas en el aseguramiento obligatorio o se ha identificado por parte del profesional de la salud, que resulta pertinente la prescripción de una tecnología o servicio no financiado con cargo a la UPC, el MSPS expidió la Resolución 3951 de 2016²⁶ con fundamento en los artículos 6, 15, 17 y 19 de la Ley Estatutaria de Salud.

Las prestaciones individuales de los afiliados al Régimen Contributivo se reconocen y pagan con cargo a los recursos del FOSYGA y las de los afiliados al Régimen Subsidiado con los recursos del Sistema General de Participaciones – Componente de prestación de servicios a la población pobre no afiliada y las demás rentas que destinen las entidades territoriales certificadas para este propósito.

En el Régimen Contributivo la operación del mecanismo tendiente a garantizar dichas prestaciones operó hasta el 2016 conforme a lo previsto en la Resolución 5395 de 2013, en la que se define que las EPS son las responsables de garantizar la prestación de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y, posteriormente, cobrarlas al FOSYGA previa acreditación de los requisitos establecidos.

En el marco de lo previsto en la Ley Estatutaria de Salud se expidió la mencionada Resolución 3951 que reformó el procedimiento de acceso a las prestaciones individuales para los afiliados del Régimen Contributivo, particularmente porque suprimió el trámite que debía hacerse por los profesionales de la salud ante los Comités Técnico Científicos - CTC, instancia que operaba en las EPS y que se encargaba de aprobar los servicios y tecnologías no incluidas en el PB. El nuevo procedimiento define que los profesionales de la salud reporten la prescripción de los servicios y tecnologías no cubiertas por el PB con cargo a la UPC, en la herramienta tecnológica Mipres, con la cual se optimiza el trámite que deben seguir las EPS para garantizar el suministro de dichas prestaciones así como para presentar las solicitudes de reconocimiento cuando las mismas deban ser reconocidas por el FOSYGA o quien haga sus veces.

²⁶ “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones”

A través de Mipres se obtiene información en tiempo real y se realiza la trazabilidad de cada prestación, desde su prescripción hasta el pago por el FOSYGA, de tal manera que se garantiza que los recursos en salud dispuestos para las prestaciones individuales, se destinen a financiar las ordenes de los profesionales de la salud y por lo tanto, que su suministro y facturación sean consistentes, favoreciendo la transparencia en la administración de estos recursos.

La puesta en marcha de dicha herramienta correspondió a las necesidades de los actores del SGSSS, por lo que su implementación se realizó de manera gradual, en atención a las capacidades tecnológicas y administrativas de tales actores, con el fin de garantizar la disponibilidad, accesibilidad y actualización del aplicativo, tal como se estableció en la Resolución 5884 de 2016.

El aplicativo Mipres también permite registrar los pacientes diagnosticados con enfermedades huérfanas y las prestaciones de servicios complementarios, soporte nutricional y prescripción excepcional de medicamentos del listado UNIRS (uso no indicado en el registro sanitario) que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el INVIMA, en procura de salvaguardar la vida de los pacientes y garantizar el ejercicio de la autonomía profesional sin restricciones, tal como se consagró en la Resolución 532 de 2017²⁷. Para estas prestaciones, se prevé que con el fin de analizar la pertinencia y la necesidad de los mismos, una vez sean prescritos por el profesional de la salud, serán analizados por una Junta de Profesionales de la Salud.

Dado lo anterior, se concluye que a través del aplicativo Mipres se realiza el registro y el análisis de la información relacionada con la prescripción de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, por lo que debe resaltarse que dicha herramienta garantiza el principio de autonomía médica establecido en la Ley Estatutaria, dado que dicha herramienta no limita las prescripciones realizadas por los profesionales y su alcance u operación no tiene con fin aprobar aquello que sea prescrito.

De acuerdo a lo señalado, las principales ventajas de la implementación de la Resolución 3951 de 2016 son las siguientes:

- Elimina la autorización ante el CTC, toda vez que la prescripción efectuada mediante el aplicativo Mipres que no requiera concepto de Junta de Profesionales de la Salud, se suministra sin mediar autorización ni concepto de terceros.
- Disminuye los tiempos de entrega de los servicios y tecnologías no incluidas en el PB con cargo a la UPC, con lo cual se espera que los servicios se brinden con mayor oportunidad a los afiliados.
- Avanza en el desarrollo de la Ley Estatutaria, dado que el acto administrativo en mención, garantiza la autonomía profesional establecida en el Artículo 17.
- Permite conocer en tiempo real los servicios y tecnologías que están siendo demandados por los usuarios del Régimen Contributivo.

En atención a lo descrito, a partir del 1 de diciembre de 2016 se ha implementado la citada Resolución y el aplicativo Mipres de forma gradual, obteniendo a la fecha los siguientes resultados: i) 48.806 prescripciones efectuadas en el aplicativo para 40.427 pacientes, ii) 2.838 Profesionales de

²⁷ Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016, modificada por la Resolución 5884 de 2016 y se dictan otras disposiciones

Salud prescriben en el aplicativo, iii) 278 sedes de IPS activas en el proceso con 21 EPS y v) prescripciones efectuadas en 81 municipios de 23 departamentos.

Para los afiliados del Régimen Subsidiado, las entidades territoriales podrán adoptar el mecanismo definido en la señalada Resolución 3951. Su aplicación no es de carácter obligatoria, toda vez que cada entidad territorial en el marco de su autonomía, debe evaluar su capacidad técnica y administrativa y definir si resulta viable adoptar Mipres e implementarlo. Es pertinente señalar que la Ley 1797 de 2016 permite aportes de la Nación para este propósito, sin embargo, algunas dificultades han impedido este desarrollo.

iii. **Mecanismo de exclusiones de servicios y tecnologías en salud – Procedimiento Técnico- Científico y Participativo**

Para implementar lo señalado en el mencionado artículo 15 de la Ley Estatutaria, es decir, aquellos servicios y tecnologías que no serán cubiertas con recursos del sistema²⁸, el MSPS expidió la Resolución 330 de 2017, en el cual establece el mecanismo técnico-científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente (procedimiento técnico – científico y participativo) para excluir servicios o tecnologías de salud de manera legítima. El procedimiento descrito en la Resolución 330 de 2017 tiene varias etapas:

- **Fase de nominación y priorización.** Esta fase consiste en la identificación de las tecnologías y servicios en salud previa asociación a uno de los criterios de exclusión por parte de los actores del sistema; la divulgación y comunicación para objeciones, observaciones o aportes, análisis; y la priorización de las nominaciones.
- **Fase de análisis técnico-científico.** Esta fase inicia con la revisión de la evidencia y emisión de concepto técnico por parte del IETS, luego el Grupo de Análisis Técnico-Científico conformado por los expertos de las asociaciones de profesionales, analizarán la evidencia y, a través de un consenso, realizarán un concepto y recomendación técnica para declarar una tecnología candidata a exclusión o no.
- **Fase de consulta a pacientes potencialmente afectados.** Esta fase incluye una participación directa y representativa para consultar la opinión de los pacientes potencialmente afectados y de la ciudadanía, acerca de la conveniencia de declarar la tecnología nominada como una exclusión, a fin de garantizar la transparencia serán garantes del proceso las veedurías ciudadanas en salud y la Defensoría del Pueblo
- **Fase de adopción y publicación de la decisión.** Esta fase se realiza con base en el consolidado de las opiniones de las asociaciones de usuarios y pacientes potencialmente afectados y los conceptos y las recomendaciones del Grupo de Análisis Técnico Científico y estará a cargo del MSPS.

Es importante señalar que el mencionado procedimiento fue construido con el aporte de los diferentes actores del sistema. Para el efecto, se realizaron encuentros regionales en los años 2015 y 2016 en las ciudades de: Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín, Pasto, Pereira, Valledupar, Bogotá y Mitú en las cuales participaron cerca de 1.730 personas²⁹. También se puso a disposición una encuesta

²⁹ En la consulta regional participan pacientes representantes de las diferentes asociaciones, comunidad médica (universidades y asociaciones) y otros actores principalmente delegados de IPS e EPS.

virtual en donde participaron 266 personas. De igual forma, se realizaron entrevistas a líderes del sector durante el año 2015. La metodología utilizada (world café, encuestas, seis por seis y entrevistas) permitió que los actores aportaran sus conocimientos y preferencias. El proceso se desarrolló así:

- En el 2015 se obtuvieron insumos para construir el mecanismo de exclusión. En forma general se indagó a los participantes que entendían conforme a lo señalado en la ley, por cada una de las características del procedimiento técnico- científico y participativo.
- En 2016 se presentaron los resultados anteriores. Se realizó una encuesta y en consultas regionales se definió sobre las fases que debía contener el procedimiento técnico-científico y participativo, y sus respectivos participantes.
- Por último, se realizó la presentación de los resultados, se recogieron las observaciones y con ello se estructuró el proyecto de resolución que se concretó en el acto administrativo que regirá este tema. Este proyecto se envió a todos los actores y se publicó para observaciones en la página web del MSPS.

iv. Fortalecimiento de la puerta de entrada de medicamentos y dispositivos médicos – Artículos 71 y 72 del PND

En el marco de la Ley Estatutaria, el sistema de salud debe fortalecerse institucionalmente para lograr altos niveles de eficiencia técnica - lograr iguales o mejores resultados en salud invirtiendo la menor cantidad de recursos necesarios- y distributiva -privilegiar la disponibilidad de recursos en aquellas prestaciones y tecnologías que generen los mejores réditos en salud para la población. Para esto y en consideración con lo establecido en los artículos 71 y 72 de la mencionada Ley 1753 de 2015 se plantea fortalecer la puerta de entrada de medicamentos y dispositivos médicos.

Fortalecer la puerta de entrada de medicamentos y dispositivos médicos significa establecer un mecanismo “inteligente” que permita al Gobierno y demás pagadores de tecnologías en salud con recursos públicos discernir sobre cuáles de ellas representan mayor valor terapéutico para los pacientes, y con base en esto poder informar condiciones deseables de precio al momento del ingreso al mercado y apoyar posibles negociaciones o compras centralizadas de tecnologías. En el **Gráfico No. 3** se ilustra a modo de resumen los componentes de esta estrategia que busca que el sistema de salud sea más eficiente y pueda financiar las prestaciones y tecnologías que los pacientes necesitan de manera sostenible.

Gráfico No. 3 Fortalecimiento de Puerta de Entrada de Medicamentos y Dispositivos Médicos

¿ QUE SIGNIFICA FORTALECER LA PUERTA DE ENTRADA?



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS

El fortalecimiento de la puerta de entrada se fundamenta en la intención decidida de contar con un sistema de regulación y rectoría robusto, dinámico y moderno; y se soporta en datos respecto al desempeño de las tecnologías en salud en las fases pre y post-comercialización.

La primera fase de la estrategia consiste en revisar periódicamente cuales tecnologías innovadoras están próximas a entrar al país (escaneo de horizonte), de tal manera que pueda a través de un dialogo temprano con la industria farmacéutica y previo al ingreso al país, alinearse los trámites correspondientes y así el MSPS con el apoyo del INVIMA y el IETS definir el grado de aporte terapéutico de dichas tecnologías. Así las cosas, una tecnología pudiera ser superior, igual o inferior a las alternativas ya existentes en el mercado y con base en ese hallazgo se determinaría el precio de ingreso al país de manera temprana.

El segundo componente de la estrategia de fortalecimiento de puerta de entrada de medicamentos y dispositivos médicos consiste en hacer una gestión más eficiente de la nueva tecnología (prestaciones y tecnologías no UPC) a través de mecanismos de negociación y compra centralizada. Agregando la demanda esperada y con mayor conocimiento del aporte terapéutico de las nuevas metodologías podrían obtenerse descuentos, negociaciones precio volumen, entre otras que beneficiarían a un mayor número de pacientes. A través de nueva reglamentación se están garantizando mecanismos para que la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES pueda negociar condiciones de precio que apliquen a todo el sistema y hacer giro directo a los productores de las tecnologías o a centros de referencia para algunas patologías de interés.

En el mismo sentido se está tramitando una reglamentación que tiene por finalidad facultar a la ADRES para desarrollar negociaciones y compras centralizadas de tecnologías en salud destinadas a atender las necesidades de sujetos de especial protección, como aquellos que padecen de enfermedades huérfanas y otras patologías de interés.

v. Mecanismos operativos para implementar la Ley Estatutaria

Ahora bien, para la implementación de la Ley Estatutaria de Salud se han tomado por parte del MSPS una serie de medidas dirigidas a la definición y unificación de aspectos que contribuyen a garantizar el derecho fundamental a la salud y a materializarlo progresivamente.

En ese sentido, cabe tener en cuenta que a través de mecanismos operativos eficientes se posibilita el acceso a los servicios de salud con la consecuente salvaguarda del derecho, tal es el caso de las reglas de afiliación, la articulación de los prestadores de diferentes niveles de complejidad, las rutas integrales de atención en salud, la política de atención integral en salud, el modelo integral de atención en salud, la superación de barreras de acción a los servicios no prestados por el PB, el respaldo al flujo de recursos que permiten la sostenibilidad del sistema, entre otros preceptos que hacen parte del ordenamiento jurídico y dentro de lo cual los siguientes actos administrativos ejemplifican a modo ilustrativo:

- Decreto 2353 de 2015: "Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud". Incorporado en el Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".
- Decreto 1184 de 2016: "Por el cual se adiciona el Capítulo 5 al Título 10, Parte 1, Libro 2, del Decreto 780 de 2016: "Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".
- Resolución 3166 de 2015: "Por medio de la cual se define e implementa el estándar de datos para medicamentos de uso humano en Colombia".
- Resolución 5596 de 2015: "Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias «Triage»".
- Resolución 429 de 2016: "Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud".
- Resolución 6408 de 2016: "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)".
- 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".
- Resolución 3202 de 2016: "Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se dictan otras disposiciones".
- Resolución 5975 de 2016: "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS- en su Anexo Técnico No. 1 y se sustituye el Anexo Técnico No. 2".
- Circular Externa No. 60: "Desarrollo de la estrategia de participación ciudadana. Artículo 15 de la ley 1751 de 2015 y artículo 2 de la ley 1757 de 2015".

Sin perjuicio de lo anterior, vale la pena puntualizar que a través del Decreto 2353 de 2015 (compilado en el Decreto 780 de 2016³⁰), se señalaron las “reglas de afiliación” estipulando medidas y mecanismos tendientes a la garantía del acceso de toda la población y de la continuidad de su afiliación dado que las condiciones y requisitos en el momento de inscribirse o trasladarse a una EPS se ajustan a favor del usuario, en concordancia con la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Es más, los menores de edad, las gestantes y pensionados gozan de protección especial.

Adicionalmente, otra de las innovaciones desarrolladas, fue la dirigida a mejorar el acceso a los servicios de salud en *zonas con población dispersa*. El MSPS ha reconocido en distintas ocasiones que en ciertas regiones del país se debe avanzar en el desenvolvimiento e implementación de modelos de aseguramiento que se adecuen a las características de dispersión poblacional. Por esta razón, en desarrollo de lo establecido en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, la definición de la política integral en salud se ha enfocado en: i) la atención primaria en salud, ii) la salud familiar y comunitaria, iii) la articulación de actividades individuales y colectivas y iv) la dimensión poblacional y diferencial. La expedición del Decreto 2561 de 2014³¹, ha permitido avanzar en el progreso de un proyecto piloto en el Departamento de Guainía, proceso que permite evidenciar avances en la superación de problemas de acceso y de integralidad en la atención.

Esta experiencia se tomó para la expedición de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, mediante Resolución 429 de 2016³² del MSPS, la cual atiende el contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía de dicho derecho, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano.

Los lineamientos de dicha política que son de obligatorio cumplimiento para todos los agentes de salud, en el marco de sus competencias, al tenor del artículo 65 de la señalada Ley 1753 de 2015, involucra herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas, familias y comunidades, que están expuestos a riesgos para su salud, por lo cual deben ser abordados mediante la Gestión Integral del Riesgo en Salud, en una mancomunación de acciones individuales e intervenciones colectivas.

A todo esto, no hay que pasar por alto que actualmente el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS se encuentra en proceso de implementación en todo el territorio nacional, el cual es gradual y continuo, comenzando por las zonas dispersas y rurales del país³³.

³⁰ “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”

³¹ “Por el cual se definen los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y fortalecer el aseguramiento en el Departamento de Guainía y se dictan otras disposiciones”

³² “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”

³³ El documento Técnico del PAIS estima que los territorios considerados como ámbitos territoriales de alta ruralidad (5.402.735) y los de zonas dispersas (3.658.702); asciende a 9.061.437 habitantes, es decir, cerca de una quinta parte del total de la población del país. Resolución 429 de 2016 del MSPS.

6. Presentar y explicar algún tipo de evaluación de política o documento que permita conocer los resultados en equidad, acceso, calidad, oportunidad, confianza, legitimidad y sostenibilidad del sistema.

Respuesta:

Dentro de las prioridades del MSPS se encuentra garantizar el cumplimiento de las condiciones mínimas de calidad por parte de las Direcciones Territoriales de Salud, EPS e IPS. Entre las cuales, la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios, así como los resultados en términos de desempeño de la atención, son prioridad para el Ministerio.

Por lo anterior, y en cumplimiento a lo ordenado por el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011³⁴, es responsabilidad del ministerio desarrollar un Sistema de Evaluación y Calificación de los actores - SEA, con el propósito de dar a conocer públicamente información relacionada con la gestión del riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, así como la calidad en la atención en salud y la satisfacción del usuario frente a estos actores del SGSSS.

Para dar respuesta a lo ordenado por la Ley, el MSPS a través de la Oficina de Calidad elabora anualmente el informe SEA (disponibles en <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/publicaciones/Paginas/default.aspx>), el cual reúne un conjunto de indicadores a partir de las fuentes de información disponibles en SISPRO y a través de otras fuentes externas oficiales, considerándose en su selección el análisis de situación de salud del país, las políticas en salud pública y la evidencia científica disponibles.

Finalmente, desde el año 2012 el ministerio da a conocer los resultados de la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, que se encuentran publicados hasta el año 2016 en el observatorio de calidad en salud y el cual evalúa los siguientes aspectos: corresponsabilidad, acceso, oportunidad, satisfacción, información, trato digno, respuesta.

<http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/publicaciones/Paginas/default.aspx>

7. ¿Cuáles son las regiones del país en donde se exhiben mayores riesgos de salud?

Respuesta:

El Análisis de Situación de Salud de Colombia para el año 2016 encontró que los departamentos de Amazonas, Guainía, Vaupés, Vichada, Chocó y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, exhiben indicadores que representan mayores riesgos con respecto al promedio nacional, en términos de condiciones materno perinatales, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y lesiones.

A continuación en la **Tabla No. 5** se detallan los indicadores analizados para los departamentos mencionados, con respecto al promedio nacional.

³⁴ "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"

Tabla No. 5
Indicadores de salud de departamentos con riesgos mayores que el promedio nacional. 2016

Indicadores	Colombia	Chocó	Casanare	San Andrés	Amazonas	Guainía	Guaviare	Vaupés	Vichada
Condiciones materno perinatales									
Tasa de mortalidad por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal [P00-P96] (2014)	8,22	10,35	7,10	18,07	11,09	6,83	3,72	7,41	8,97
Tasa de mortalidad perinatal (2014)	13,33	24,90	8,33	21,69	17,53	26,06	15,80	29,61	24,01
Tasa de mortalidad neonatal (2014)	7,21	12,85	4,11	13,82		9,84	9,98	8,87	16,32
Tasa de mortalidad neonatal temprana (2014)	5,11	9,64	3,12	12,67	7,22	4,99	6,21	6,99	6,11
Tasa de mortalidad neonatal tardía (2014)	2,10	3,21	0,99	1,15	2,62	4,99	2,66	9,32	2,62
Tasa de mortalidad postnatal (2014)	4,07	12,02	4,26	8,06	8,53	9,98	3,55	11,66	8,73
Tasa de mortalidad infantil (2014)	11,34	25,01	8,37	21,89	18,37	19,97	12,41	27,97	17,47
Tasa de mortalidad en la niñez (2014)	13,67	31,86	9,65	24,19	27,56	28,29	14,18	37,30	26,20
Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer (2014)	3,44	3,88	1,88	3,02	3,65	2,58	1,84	5,07	2,27
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (2014)	87,93	64,59	75,56	91,36	54,84	35,00	60,66	34,12	45,45
Porcentaje de atención institucional del parto (2014)	98,82	92,65	98,29	99,65	83,18	88,72	94,40	50,36	81,36
Porcentaje de partos por cesárea (2014)	46,25	29,31	34,29	68,55	17,65	29,62	30,67	10,72	15,75
Razón de mortalidad materna (2014)	53,23	181,64	56,74		65,62	665,56	265,96	233,10	349,34
Tasa de fecundidad entre 10 y 19 años (2014)	35,50	30,56	48,36	26,30	42,68	40,02	30,23	25,50	40,13
Tasa de fecundidad entre 10 y 14 años (2014)	3,13	4,80	5,14	0,63	5,11	7,84	3,50	2,75	8,84

Indicadores	Colombia	Chocó	Casanare	San Andrés	Amazonas	Guainia	Guaviare	Vaupés	Vichada
Tasa de fecundidad entre 15 y 19 años (2014)	67,40	58,41	91,93	51,01	81,88	72,19	58,25	50,15	74,63
Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas (2010)	79,10	66,30	80,40	69,60	64,40	68,10	82,50	59,30	76,00

Indicadores	Colombia	Chocó	Casanare	San Andrés	Amazonas	Guainia	Guaviare	Vaupés	Vichada
Enfermedades transmisibles									
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles [A00-B99, G00-G03, J00-J22] (2014)	30,08	25,00	41,58	21,49	68,10	31,62	40,59	24,58	17,94
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales (2014)	1,36	4,18	0,74	3,10	1,71	6,41	3,62	1,58	
Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis (2014)	2,10	2,16	3,81		5,75		2,44	3,36	1,17
Tasa ajustada de mortalidad por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia (2014)	0,88	1,24	8,94		3,53		4,39	4,02	
Tasa ajustada de mortalidad por ciertas enfermedades inmunoprevenibles (2014)	0,18	0,13			0,85	3,45			2,68
Tasa ajustada de mortalidad por meningitis (2014)	0,56	0,75				1,71	0,74		0,90
Tasa ajustada de mortalidad por septicemia excepto neonatal (2014)	2,31	3,29	4,71		4,79	1,77			
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH-SIDA (2014)	5,16	1,81	5,38	4,04	6,88		7,39		
Tasa ajustada de mortalidad por infecciones respiratorias agudas (2014)	16,09	9,93	14,94	12,96	36,43	18,28	19,57	10,33	11,39
Tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de cinco años (2014)	3,11	28,82	8,30	15,69	19,25	19,28	6,99		

Indicadores	Colombia	Chocó	Casanare	San Andrés	Amazonas	Guainía	Guaviare	Vaupés	Vichada
Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de cinco años (2014)	12,46	42,48	11,07	15,69	48,14		13,98	33,43	20,24

Indicadores	Colombia	Chocó	Casanare	San Andrés	Amazonas	Guainía	Guaviare	Vaupés	Vichada
Enfermedades no transmisibles									
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años (2014)	6,82	19,72			38,51	38,56			91,08
Porcentaje de desnutrición en menores de cinco años (2010)	13,20	15,70	10,10	13,00	28,70	23,40	12,40	34,70	15,80
Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años (2010)	15,50	20,30	20,10	26,60	12,70	20,70	25,10	11,70	19,80
Porcentaje de personas que consumen frutas diariamente (2010)	66,80	50,60	67,50	54,10	54,90	42,10	57,80	44,60	35,10
Prevalencia mes de consumo de alcohol (2014)	35,77	44,61	33,18	33,34	33,18	33,18	33,18	33,18	33,18
Prevalencia mes de consumo de tabaco (2014)	12,95	6,90	12,03	7,96	12,03	12,03	12,03	12,03	12,03
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (2014)	149,96	111,40	151,44	165,62	106,80	92,64	88,01	23,37	73,86
Tasa ajustada de mortalidad por fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas (2014)	0,10		0,24						
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas (2014)	17,77	13,06	19,15	59,51	26,85	27,84	8,66		7,44
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (2014) (2014)	78,24	46,73	58,48	60,72	35,49	16,95	26,43	15,02	46,77

Indicadores	Colombia	Chocó	Casanare	San Andrés	Amazonas	Guainía	Guaviare	Vaupés	Vichada
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón (2014)	10,63	4,74	19,88	7,51	6,76	13,14	18,77		7,11
Tasa ajustada de mortalidad por insuficiencia cardiaca (2014)	4,95	4,10	7,70	2,57	11,10	2,31	9,35		2,04
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (2014)	32,52	38,71	38,23	31,64	18,35	30,09	23,02	8,35	8,46
Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias (2014)	93,02	54,52	85,41	58,56	67,26	62,85	44,03	30,14	41,61
Tasa ajustada de mortalidad por tumor del estómago (2014)	11,36	5,71	10,60	4,81	6,63	4,70	4,27		8,80
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligna del colon y de la unión rectosigmoidea (2014)	5,78	1,18	5,83	3,97	3,53	10,57	1,45	3,36	2,13
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colón (2014)	13,67	8,80	13,36	8,61	1,83	11,63	8,27	10,56	
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón (2014)	10,19	8,16	8,97	16,57	10,65		7,90	3,65	5,86
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos excepto tráquea, bronquios y pulmón (2014)	1,42	0,67	1,46		2,01		1,57	4,02	
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer (2014)	11,49	8,20	7,42	5,46	8,47		8,90		
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (2014)	6,77	4,00	10,14		14,59	7,39	2,54		4,21
Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata (2014)	15,04	13,37	15,86	25,34		12,58	2,95		4,37
Tasa ajustada de mortalidad por leucemia	3,86	2,55	5,03		2,01	3,60	2,89	1,48	3,74

Indicadores	Colombia	Chocó	Casanare	San Andrés	Amazonas	Guainía	Guaviare	Vaupés	Vichada
Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus (2014)	16,22	11,62	17,75	18,50	25,51	7,77	20,04	3,32	21,72
Tasa ajustada de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (2014)	3,58	2,33	7,86	1,71	9,28	21,03	6,45	4,02	11,81
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis (2014)	6,55	4,72	6,65	4,58	0,85	5,11	4,86	1,48	
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (2014)	28,90	9,50	24,96	17,17	16,48	4,92	21,05	3,39	9,52
Tasa ajustada de mortalidad por cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (2014)	5,40	1,86	7,92	3,10	9,17		3,00	3,75	9,11

Indicadores	Colombia	Chocó	Casanare	San Andrés	Amazonas	Guainía	Guaviare	Vaupés	Vichada
Causas externas									
Tasa ajustada de mortalidad por causas externas (2014)	58,86	58,98	81,43	52,94	72,39	56,15	60,80	64,86	83,65
Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre (2014)	14,27	5,45	39,21	25,78		4,08	4,04	6,05	22,00
Tasa ajustada de mortalidad por ahogamiento y sumersión accidentales (2014)	1,60	5,52	3,80	1,07	3,54	9,15	3,54	15,01	4,34
Tasa ajustada de mortalidad por accidentes que obstruyen la respiración (2014)	0,99	1,45	1,01				1,67		
Tasa ajustada de mortalidad por exposición a la corriente eléctrica (2014)	0,46		0,62						
Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (2014)	4,47	1,11	4,66	1,23	8,37	1,69	4,10	18,52	6,65
Tasa ajustada de mortalidad por agresiones [homicidios] (2014)	26,63	30,03	21,38	20,37	34,73	21,02	30,36	1,88	36,90

Indicadores	Colombia	Chocó	Casanare	San Andrés	Amazonas	Guainía	Guaviare	Vaupés	Vichada
Tasa ajustada de mortalidad por eventos de intención no determinada (2014)	4,01	5,07	3,78	1,71	12,32	11,02	6,41	8,29	4,97

Fuente: elaboración propia a partir de datos de EEVV del DANE, cálculos MSPS dispuestos en el cubo de indicadores del MSPS.

El documento completo puede ser consultado en el siguiente enlace electrónico:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>

8. ¿Cuántas clínicas y hospitales hay en el país? Cómo se distribuyen las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en el territorio nacional? ¿Hay escasez de oferta de servicios en algunas zonas?

Respuesta:

De acuerdo con la información reportada por los prestadores al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, en virtud del artículo 2.5.1.3.2.4 del Decreto 780 de 2016³⁵, el número de IPS en el país son 10.423 instituciones, las cuales se dividen por naturaleza jurídica en: 942 públicas (de las IPS públicas, 930 corresponden a Empresas Sociales del Estado - ESE, 12 a IPS públicas de las Fuerzas Militares y de Policía, Universidades y de Régimen Especial), 9.461 privadas y 20 mixtas, distribuidas por Departamento y Distrito Capital (**Tabla No. 6**).

Tabla No. 6
Número de Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud por naturaleza jurídica, Departamento y Distrito Capital

Departamento/ Distrito Capital	Pública	Privada	Mixta	Total
Amazonas	1	13	-	14
Antioquia	127	811	3	941
Arauca	5	59	-	64
Atlántico	27	741	3	771
Bogotá D.C	9	1.617	2	1.628
Bolívar	43	478	-	521
Boyacá	105	230	-	335
Caldas	29	175	1	205
Caquetá	6	58	-	64
Casanare	5	119	-	124
Cauca	19	211	-	230
Cesar	29	338	-	367
Chocó	5	148	1	154
Córdoba	31	360	-	391
Cundinamarca	51	271	1	323
Guainía	-	4	-	4
Guaviare	2	14	-	16

³⁵ "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".

Departamento/ Distrito Capital	Pública	Privada	Mixta	Total
Huila	40	179	-	219
La Guajira	16	142	-	158
Magdalena	34	334	-	368
Meta	15	238	-	253
Nariño	68	241	2	311
Norte de Santander	17	255	-	272
Putumayo	10	54	-	64
Quindío	14	143	-	157
Risaralda	16	204	1	221
San Andrés y Providencia	-	11	1	12
Santander	84	557	1	642
Sucre	28	269	1	298
Tolima	50	285	2	337
Valle del cauca	54	892	1	947
Vaupés	1	1	-	2
Vichada	1	9	-	10
Total País	942	9.461	20	10.423

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS – Corte 25 de Agosto de 2017.

Frente a si hay escasez de oferta de servicios, es importante señalar con relación a la oferta habilitada de servicios de salud, que ésta por sí sola indica la existencia o disponibilidad de tales servicios a nivel territorial, más no necesariamente la suficiencia de estos servicios para la atención de los requerimientos de la población en esta materia, la cual se determina con respecto a la capacidad de la oferta para atender una demanda determinada de éstos servicios de salud.

En el mismo sentido, la suficiencia o déficit de capacidad instalada, relacionada en este caso con las camas habilitadas, depende de su disponibilidad total (en instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta), su ocupación y parámetros de eficiencia interna (duración de la estancia hospitalaria y giro cama); y no simplemente en referencia a estándares.

Tales análisis de suficiencia, exigen disponer de información que capture las características y dimensionamiento de una demanda específica por departamento o distrito, que pueda ser confrontada con la información sobre la disponibilidad de la oferta.

9. Con base en la Ley 1753 de 2015, del Plan Nacional de Desarrollo, exponer los avances del país en las siguientes materias, como resultado de las acciones propias del Gobierno Nacional:

A. Servicios de telemedicina y telesalud. Implementación y avances de tecnología e innovación en salud, medicina.

Respuesta:

Como parte del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica se viene promoviendo la Telemedicina como una modalidad de prestación de servicios, la cual se habilita a nivel nacional. El

fortalecimiento de la prestación de servicios de salud bajo esta modalidad de telemedicina es una estrategia incluida en la Ley 1753 de 2015 y en la Política de Atención Integral en Salud.

Con relación a la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina, la Resolución 2003 de 2014³⁶ contiene estándares y criterios que deben cumplir los prestadores, para ofertar los servicios bajo esta modalidad. El hecho de que la de telemedicina constituya una modalidad, dentro de la estructura de servicios, en el sistema de habilitación, permite que cualquier prestador que cumpla con los criterios de calidad allí establecidos, pueda ofertar y prestar sus servicios en esta modalidad como una forma de mejorar la equidad, el acceso a servicios especializados y la resolutivez para toda la población que atienda, sobre todo en zonas de difícil acceso y con restricciones de oferta.

Así mismo, en la Resolución 6408 de 2016³⁷, al igual que las precedentes, se sigue considerando la modalidad de telemedicina dentro del PB, con el fin de facilitar el acceso oportuno a los beneficios definidos en él y de conformidad con las normas de calidad vigentes en el país, en caso de que la atención presencial esté limitada por barreras de acceso geográfico o baja disponibilidad de oferta. Así mismo, la mencionada Resolución 429 que adopta la política PAIS, establece el incremento de la capacidad tecnológica con la implantación de plataformas de telemedicina, y en la conformación y organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, la provisión de servicios de salud a la población se puede ofertar bajo las diferentes modalidades, incluida la de telemedicina, con el objeto de garantizar un proceso de atención en salud en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutivez.

En los últimos años se resalta el incremento de las sedes de prestadores inscritos lo mismo que de los servicios habilitados en esta modalidad (**Tabla No. 7**), según la información consignada en el REPS. Desde el año 2011 se registra una tendencia al incremento y es así como en diciembre de 2016, respecto del 31 de diciembre de 2015 hubo un crecimiento de 14.6% en las sedes de prestadores de servicios de salud y de 12,1 % en servicios. Se observa una mayor participación en el incremento de las sedes y servicios privados.

Tabla No. 7
Sedes de Prestadores de Salud inscritos y Servicios de Telemedicina 2012-2016

Naturaleza Jurídica	2012		2013		2014		2015		2016	
	Sedes	Servicios	Sedes	Servicios	Sedes	Servicios	Sedes	Servicios	Sedes	Servicios
Publica	189	1.043	213	1.229	205	1.007	234	1.495	243	1.531
Privada	312	839	346	824	473	1.141	489	1.419	589	1.792
Mixta	1	1	5	26	7	36	10	87	8	41
Total	502	1.883	564	2.079	685	2.184	733	3.001	840	3.364

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Corte dic 31 2012, 2013, 2014, 2015, 2016

De acuerdo con lo reportado en el REPS a 31 de julio de 2017, el país cuenta con 894 sedes de prestadores inscritos y 3.433 servicios habilitados en la modalidad de telemedicina, ubicados en 304 municipios de 32 Departamentos y Distrito Capital, en la **Tabla No. 8** se puede apreciar su composición por tipo de prestador y naturaleza jurídica.

³⁶ "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"

³⁷ "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Tabla No. 8
Prestadores inscritos y servicios habilitados bajo la modalidad de telemedicina. Julio de 2017

Departamento/ Distrito Capital	# Servicios	%	# Sedes	%
Antioquia	443	12,90%	143	16,00%
Bogotá D.C	397	11,56%	101	11,30%
Valle del cauca	390	11,36%	85	9,51%
Cundinamarca	289	8,42%	51	5,70%
Santander	262	7,63%	95	10,63%
Nariño	210	6,12%	53	5,93%
Bolívar	190	5,53%	48	5,37%
Cesar	141	4,11%	32	3,58%
Atlántico	137	3,99%	30	3,36%
La Guajira	93	2,71%	21	2,35%
Magdalena	88	2,56%	31	3,47%
Boyacá	84	2,45%	15	1,68%
Meta	65	1,89%	8	0,89%
Cauca	63	1,84%	15	1,68%
Tolima	63	1,84%	4	0,45%
Norte de Santander	53	1,54%	13	1,45%
Chocó	52	1,51%	6	0,67%
Sucre	48	1,40%	18	2,01%
Arauca	44	1,28%	13	1,45%
Risaralda	42	1,22%	4	0,45%
Huila	40	1,17%	3	0,34%
Córdoba	39	1,14%	16	1,79%
Quindío	35	1,02%	17	1,90%
Casanare	32	0,93%	10	1,12%
Caldas	31	0,90%	14	1,57%
Putumayo	20	0,58%	8	0,89%
Caquetá	19	0,55%	11	1,23%
Vichada	15	0,44%	2	0,22%
Amazonas	13	0,38%	10	1,12%
Vaupés	12	0,35%	9	1,01%
San Andrés y Providencia	11	0,32%	2	0,22%
Guainía	6	0,17%	5	0,56%
Guaviare	6	0,17%	1	0,11%
Total general	3.433	100,00%	894	100,00%

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS - Corte julio de 2017

Es pertinente señalar que 243 sedes de prestadores son públicos y están ubicadas en 194 municipios de 24 departamentos y en el Distrito Capital. Las sedes de prestadores públicos corresponden al 27% de las sedes inscritas con servicios de telemedicina con el 41% de los servicios habilitados bajo esta modalidad persiste el crecimiento de los servicios habilitados privados. Son simultáneamente prestador remitior y centro de referencia 63 sedes con 120 servicios habilitados. Antioquia, Bogotá D.C, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, concentran el 53% de las sedes inscritas y el 52% de los servicios habilitados en la modalidad de telemedicina.

El Porcentaje de sedes de IPS públicas con servicios de telemedicina en zonas apartadas o con problemas de oferta a julio 31 de 2017 es 41.90%; el comportamiento de este indicador desde 2015 se puede apreciar en la **Tabla No. 9**.

Tabla No. 9
Porcentaje de sedes de IPS públicas con servicios de telemedicina en zonas apartada o con problemas de oferta 2015-2017

Mes	Año 2015		Año 2016		Año 2017	
	# Sedes pub.	Indicador	# Sedes pub.	Indicador	# Sedes pub.	Indicador
Enero	199	34,31%	237	40,86%	243	41,90%
Febrero	203	35,00%	238	41,03%	243	41,90%
Marzo	201	36,21%	242	41,72%	241	41,55%
Abril	218	37,59%	247	42,59%	241	41,55%
Mayo	219	37,76%	243	41,90%	237	40,86%
Junio	217	37,41%	242	41,72%	242	41,72%
Julio	221	38,10%	242	41,72%	243	41,90
Agosto	218	37,59%	239	41,21%		
Septiembre	224	38,62%	245	42,24%		
Octubre	233	40,17%	244	42,07%		
Noviembre	232	40,00%	244	42,07%		
Diciembre	234	40,34%	243	41,90%		

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - Corte julio 2017

- **Fortalecimiento de la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina en los municipios de fronteras**

En el marco del Plan Fronteras para la Prosperidad desde el año 2012 el Ministerio de Relaciones Exteriores – MRE y el MSPS suscribieron el Convenio Marco N° 19 de 2012³⁸ para mejorar el acceso de los servicios de salud de los hospitales públicos ubicados en zonas fronterizas y fortalecer la capacidad resolutive de los mismos a través de la implementación de servicios en la modalidad de telemedicina en municipios de fronteras de acuerdo con la priorización realizada por el MRE con los actores locales de las subregiones de frontera y con el MSPS. En este sentido se realizó la formulación del proyecto y la gestión de los recursos.

Con base en lo anterior, desde el año 2012 se han implementado tres fases del proyecto en los departamentos fronterizos del país y en cada fase se han previsto diferentes elementos, así:

- **Fase I - 2012:** El MRE a través del Plan Fronteras para la Prosperidad aportó los recursos para la contratación de servicios de medicina especializada bajo la modalidad de telemedicina. El prestador público por su parte debía habilitarse como prestador remitior de telemedicina y contratar un centro de referencia para: i) proveer la plataforma tecnológica, incluida la conectividad cuando no la tuviera, ii) realizar la asistencia técnica necesaria para la habilitación y diseño de un modelo o procesos para la prestación de servicios, iii) apoyar la prestación de los servicios de medicina especializada, iv) entregar los equipos biomédicos básicos a las sedes fronterizas (prestadores remisores) para prestar los servicios en la modalidad de telemedicina, en calidad de comodato, los cuales debían ser reintegrados una vez terminaran los contratos suscritos entre este y el prestador público y, v) Apoyar la realización del seguimiento de las actividades realizadas.

³⁸ El convenio tiene por objeto "Establecer las bases para la coordinación y cooperación entre los Ministerios de tal manera que permita aunar esfuerzos técnicos y administrativos para fortalecer la capacidad resolutive de los servicios de salud de los hospitales públicos ubicados en zonas fronterizas, a través de la implementación de servicios de Telemedicina, de acuerdo con el Plan Fronteras para la Prosperidad del Ministerio de Relaciones Exteriores y el Plan País Telesalud del Ministerio de Salud y Protección Social."

- **Fase II - 2013:** como resultado de la evaluación de la fase I, se determinó la importancia de que las sedes de los prestadores públicos que iban a prestar el servicio en la modalidad de telemedicina contaran con equipos biomédicos de tal forma que se facilitara a consolidación de la modalidad implementada en las sede. Fue así como el MRE suscribió nuevos convenios interadministrativos en virtud de los cuales se aportaron recursos para que los prestadores públicos además de lo previsto en la fase I adquirieran en propiedad los equipos biomédicos y de cómputo.
- **Fase III – 2015 y actual:** con la implementación de la fase III que se desarrolla actualmente se buscó ampliar la cobertura del servicio a través de nuevos convenios con sedes de IPS públicas ubicadas en zonas de frontera, y de igual manera, consolidar los puntos ya implementados en las fases I y II para lo cual se previó la adquisición de equipos biomédicos y de cómputo para estos puntos y aquellos nuevos que se implementaran en desarrollo de la ampliación de la cobertura, lo mismo que fortalecer las actividades de asistencia técnica y seguimiento por parte de los centros de referencia para la implementación de la modalidad y de acompañamiento a las direcciones territoriales de salud y prestadores para la negociación con entidades promotoras de salud.

Se ha realizado un acompañamiento a los hospitales en el ejercicio de negociación con las EPS orientado a cerrar la contratación de los servicios de telemedicina y de esta manera asegurar la sostenibilidad del modelo a través de la facturación y recaudo por prestación de servicios. En la **Tabla No. 10** se presentan las sedes de prestadores públicos beneficiadas con el proyecto de telemedicina adelantado en el marco del Plan Fronteras para la Prosperidad.

Tabla No. 10
Sedes de Prestadores de servicios de Salud con servicios de telemedicina - Plan Fronteras para la Prosperidad- Julio de 2017

Departamento	Municipio	Nombre Sede
Amazonas	Leticia	Hospital San Rafael de Leticia
Amazonas	Puerto Arica	Centro de salud de Puerto Arica
Amazonas	Tarapacá	Centro de salud de Tarapacá
Amazonas	La Pedrera	Centro de salud de La Pedrera
Amazonas	El Encanto	Centro de salud El Encanto
Cesar	Chimichagua	Hospital Inmaculada Concepción
Cesar	Chimichagua	Centro Materno Infantil Sempegua
Cesar	Becerril	Hospital San José
Cesar	Curumani	Hospital Cristian Moreno Pallares
Cesar	Curumani	Centro de Salud San Roque
Cesar	Aguachica	Hospital Regional Aguachica-José David Padilla Villfañe
Cesar	Chiriguaná	Hospital San Andres
Cesar	Valledupar	Hospital Eduardo Arredondo Daza - Puesto De Salud Mariangola
Cesar	Valledupar	Hospital Eduardo Arredondo Daza - Puesto de Salud Sede B
Cesar	Valledupar	Hospital Eduardo Arredondo Daza - Puesto de Salud Patillal
Cesar	Valledupar	Hospital Eduardo Arredondo Daza - Centro De Salud Rafael Valle Meza
Cesar	Valledupar	Hospital Eduardo Arredondo Daza - Centro de Salud La Nevada
Cesar	Valledupar	Hospital Eduardo Arredondo Daza - Centro de Salud El Carmen
Cesar	Valledupar	Hospital Eduardo Arredondo Daza- Centro de Salud San Martin
Guainía	Puerto Inirida	Hospital Manuel Elkin Patarroyo

Departamento	Municipio	Nombre Sede
Guainía	San Felipe	Centro de salud con camas de San Felipe
La Guajira	Dibulla	Hospital Santa Teresa de Jesús de Ávila
La Guajira	Dibulla	Centro de salud San Antonio de la Sierra
La Guajira	Fonseca	Puesto de salud de Mayabangloma
Nariño	Cumbal	Hospital Cumbal
Nariño	San Juan de Mayasquer	Centro de salud Mayasquer
Nariño	Ricaurte nariño	Centro de salud de Ricaurte
Nariño	Causpud	Centro de salud de Cuaspud-Carlosama
Nariño	Tumaco	Hospital Divino Niño
Nariño	Tumaco	Puesto de salud Llorente
Nariño	Tumaco	Puesto de salud San Juan de la Costa
Nariño	Barbacoas	Hospital San Antonio de Barbacoas
Norte de Santander	Cúcuta	Hospital Erasmo Meoz
Norte de Santander	Tibú	Centro de salud La Gabarra
Norte de Santander	Tibú	Hospital San José de Tibú
Norte de Santander	Herrán	Hospital Joaquín Emiro Escobar
Putumayo	La hormiga	Hospital Sagrado Corazón De Jesús
Putumayo	Piñuña negra	Puesto de salud Piñuña Negro
Putumayo	Puerto Leguizamo	Hospital María Angelines
Putumayo	Puerto Leguizamo	Puesto de salud Puerto Ospina
Putumayo	Vereda la carmelita	Centro de salud La Carmelita
Vaupés	Taraira	Centro de Salud Taraira
Vaupés	Mitú	Hospital San Antonio
Vaupés	Carurú	Centro de salud Carurú
Vichada	Cumaribo	Hospital Local Cumaribo
Vichada	Cumaribo	Centro de salud Santa Rita
Vichada	Primavera	Hospital Local La Primavera
Vichada	Puerto Carreño	Hospital Departamental San Juan De Dios

Fuente: MSPS y Ministerio de Relaciones Exteriores.

En Departamento del Chocó se han implementado tres puntos de telemedicina en Río Sucio, Acandí y Jurado los cuales en la actualidad se encuentran inactivos. Así mismo, se tiene proyectada la expansión en: Arauca (Araucita, Saravena y Fortul), Guainía (Puerto Colombia); Nariño (Jardines de Sucumbios)

Una de las barreras más prominentes para la implementación de la modalidad en los municipios de frontera se refiere a las dificultades para lograr la conectividad, se señala que el 70% de las IPS que operan la modalidad tienen conectividad satelital. Por otra parte, se destaca que la consulta asincrónica es el método más usado en la modalidad con una mayor demanda de los servicios de pediatría y ginecología. En la actualidad Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - MinTIC, MRE y este Ministerio se encuentran analizando opciones para extender este proyecto a las zonas veredales.

- **Articulación con el MinTIC para el desarrollo de la telemedicina**

En este contexto se ha dado seguimiento a las obligaciones del sector TIC para el mejoramiento de la conectividad del sector salud contenidos en el Plan TIC, la Ley 1419 de 2010³⁹ (en especial la reglamentación del Comité Asesor de Telesalud y la construcción del mapa de conectividad), la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1753 de 2015.

En cuanto a la conectividad de prestadores públicos para el desarrollo de la telesalud - telemedicina se viene realizando trabajo conjunto con el MinTIC para gestionar la conectividad de prestadores de servicios de salud públicos en el marco de los proyectos de conectividad que allí se adelantan y de acuerdo con lo comunicado por MinTIC, se continúa con el subsidio de conectividad para los 212 prestadores públicos conectados con el proyecto nacional de fibra óptica a diciembre de 2013 ubicados en 196 municipios de 16 departamentos, en la **Tabla No. 11** se muestra la distribución por departamento de las sedes de prestadores públicos conectados con el proyecto.

Tabla No. 11
Sedes de Prestadores públicos en salud conectados con fibra óptica - Programa Vive Digital, 2013.

Departamento	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total general
Antioquia	18	1		19
Bolívar			10	10
Boyacá		1		1
Caldas	15			15
Cesar	3	2		5
Choco			1	1
Cundinamarca	22			22
La guajira	1	1		2
Magdalena		2		2
Meta	10			10
Nariño	36	1		37
Norte de Santander	14			14
Risaralda	6			6
Santander	29	1		30
Sucre	6	1		7
Tolima	25		6	31
Total general	185	10	17	212

Fuente: Reporte MinTIC diciembre de 2013

En el contexto del desarrollo de conectividad para el posconflicto, dentro del proyecto nacional de conectividad de alta velocidad – PNCAV, se conectaron 11 sedes de prestadores públicos con 10 Mbps con servicio gratuito por un periodo de 5 años. En la **Tabla No. 12** se describen los prestadores beneficiados. Dentro de este proyecto se tiene previsto la conexión de 25 prestadores adicionales en los departamentos de chocó, Amazonas, Guainía, Putumayo y Guaviare

Tabla No. 12
Prestadores públicos beneficiadas con el Proyecto Nacional de Conectividad de Alta velocidad

Departamento	Municipio		Numero IPS Beneficiadas	Institución Pública
	Nombre	Estado		
Antioquia	Vigía del Fuerte	Instalado	1	ESE Hospital Atrato Medio Antioqueño
Casanare	Monterrey	Instalado	1	Hospital
Chocó	Acandí	Instalado	1	Hospital
	Bojayá	Instalado	1	Centro de salud

³⁹ "Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la telesalud en colombia"

Departamento	Municipio		Numero IPS Beneficiadas	Institución Pública
	Nombre	Estado		
	Medio Atrato	Instalado	1	Centro de salud
	Unguía	Instalado	2	Hospital local de Unguía
	Unguía	Instalado		Cruz roja
	Quibdó	Instalado	2	Hospital local Ismael roldan valencia
	Quibdó	Instalado		Dasalud
Vichada	Puerto Carreño	Instalado	1	Hospital San Juan de Dios
Arauca	Cravo Norte	Instalado	1	Hospital San Jose
TOTAL IPS Beneficiadas			11	

Fuente: Reporte MTIC abril 2017

En la asignación de renovación del uso del espectro para las compañías de telefonía celular móvil se incluyeron obligaciones a los operadores las cuales hacen parte del pago por el uso del espectro entre las cuales son aplicables al sector salud:

- i. Proyectos para el desarrollo del ecosistema digital en salud (servicios, aplicaciones, usuarios).
- ii. Implementación del envío de mensajes de texto de alerta temprana sobre las redes de telecomunicaciones móviles. (adherencia a tratamientos, agendamiento de citas, vigilancia en salud)
- iii. Conectividad a hospitales y centros de salud. (incluyen conectividad de última milla).

Igualmente, se gestionó con MinTIC una petición para que se incluyera en la normatividad la conectividad como un servicio público, si bien la iniciativa no prosperó, se está orientando la adquisición a través de Colombia Compra Eficiente.

B. Manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En este punto, hacer referencia a todo el proceso que ha tomado la puesta en marcha de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres).

- ¿Ya está en funcionamiento? ¿Qué operaciones legales y administrativas está llevado a cabo?
- ¿Quién será el Director General y cuáles serán sus honorarios? ¿Quiénes son los miembros de la Junta Directiva?
- Anexar la que será la planta de personal de la Adres; nómina (especificando salarios de cada uno de los funcionarios), costos de funcionamiento de la entidad ¿Cuál será el proceso de convocatoria y selección del personal de la Adres?
- ¿En qué consiste la plataforma tecnológica que usará y cuántos recursos se invertirá en su implementación?
- ¿Existe algún estudio técnico o se pretende llevar a cabo alguno para conocer la estructura orgánica de la entidad? en caso afirmativo, indicar la institución que lo desarrolla y su valor.
- ¿Cuándo estará funcionando a plenitud y cabalidad la plataforma tecnológica y cuándo finalizará la sincronización con los procesos del FOSYGA? ¿Cuáles son el plan de acción y el cronograma establecidos?
- ¿A cuánto asciende los recursos del sistema de salud que administrará la Adres?
- ¿Cuál es el presupuesto, vigencias 2017 y 2018, con que cuenta la nueva Adres?

- Describir el proceso de transferencia de Procesos Judiciales y de Cobro Coactivo.
- ¿En qué estado se encuentra el proceso de entrega de archivos de la transición FOSYGA-ADRES? Anexar metas, cronograma y porcentajes de cumplimiento?

Respuesta:

Este interrogante fue remitido a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante oficio 201710001665521 del 25 de agosto de 2017.

- C. Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos. Especificar y explicar cuáles son los mecanismos que el Ministerio de Salud ha establecido para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos. Exponer los resultados de la implementación de aquellos mecanismos. De no existir, explicar por qué.**

Respuesta:

El MSPS se encuentra en el proceso de expedición de un acto administrativo el cual pretende señalar los mecanismos y criterios para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos en el marco de lo establecido en el artículo 88 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015.

En el proyecto de dicha reglamentación se contempla la creación un Comité Asesor para la negociación centralizada de precios de tecnologías en salud bajo criterios tales como: i) demanda esperada de las tecnologías objeto de negociación, ii) análisis de precios de las tecnologías objeto de negociación, iii) consideraciones de equidad respecto al acceso de las tecnologías objeto de negociación, iv) análisis de impacto presupuestal estimado en el SGSSS de las tecnologías objeto de negociación, v) análisis de costo-efectividad las tecnologías objeto de negociación y vi) simulación de condiciones deseables de precios a pagar por las tecnologías objeto de negociación.

Dicha herramienta puede conllevar a descuentos directos en los precios de compra o a condiciones específicas de acceso y financiamiento con fundamento en riesgo compartido entre las partes que incluyen: negociaciones de precio-volumen, límites de utilización, financiamiento sujeto a desarrollo de evidencia sobre seguridad y efectividad post-comercialización, cobertura condicionada sujeta a desenlaces en salud o patrones o rutas de atención pre-establecidos, entre otras.

Subsidiariamente al proceso de negociación, el MSPS podrá realizar compra centralizada de medicamentos ya sea a través de organismos multilaterales como el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud, la Agencia Nacional de Contratación (Colombia Compra Eficiente), o a partir de compras directas.

No obstante lo anterior, el MSPS mediante la Resolución 1692 de 2017⁴⁰ estableció los criterios para realizar la compra centralizada de 1.220 tratamientos para la Hepatitis C distribuidos de la siguiente forma: i) 720 tratamientos del medicamento Sofosbuvir/Ledipasvir, ii) 250 tratamientos del

⁴⁰ "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos para la hepatitis C crónica y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con dicha patología y se dictan otras disposiciones"

medicamento Sofosbuvir y iii) 250 tratamientos del medicamento Daclatasvir. Esta compra de medicamentos se realizó con el propósito de subsanar el impacto negativo en el presupuesto a causa de los precios de medicamentos cobrados/recobrados al sistema de salud 14 veces su precio. Esta compra, impacta positivamente el desempeño del sistema de salud mientras apoya la realización progresiva de la cobertura universal en salud, optimiza los resultados en salud y el desarrollo sostenible.

Cabe resaltar que con esta compra el ahorro estimado para el 2017 es de \$292 mil millones, que mejoraran la eficiencia y contribuirán con asegurar la sostenibilidad del sistema. La mencionada compra se realizó a través del Fondo Rotatorio Regional de la OPS con quien este Ministerio tiene un acuerdo de participación desde el año 2010 convenio desde para la adquisición de productos estratégicos de salud pública.

D. Saneamiento fiscal y financiero en salud de que trata el artículo 219. ¿Cuáles y cuántos hospitales en todo el país han sido recuperados? ¿Cuántos y cuáles siguen en riesgo financiero? ¿Qué va a pasar con las deudas remanentes de EPS liquidadas o vendidas hacia los hospitales y clínicas?

Respuesta:

El artículo 80 de La Ley 1438 de 2011 determinó la obligatoriedad del MSPS de categorizar anualmente el riesgo de las 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 estas empresas de adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero cuando sean categorizadas en riesgo medio o alto.

Así las cosas, y tal como está previsto, en el inciso segundo del artículo 8 de la Ley 1608 de 2013⁴¹, 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 destacar, 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.

⁴¹ "Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud"

El mencionado artículo 8 de la Ley 1608 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 -MHCP, lo cual fue reglamentado por dicha entidad a través del Decreto 1141 de 2013⁴² (compilado en Decreto Único Reglamentario de Hacienda y Crédito Público).

En desarrollo de lo anteriormente dispuesto, el MHCP 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 MHCP 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*

⁴² “Por el cual se determinan los parámetros generales de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero que deben adoptar las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, categorizadas en riesgo medio o alto y se dictan otras disposiciones”

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 al presente documento 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 MHCP realiza una evaluación consolidada de la evaluación realizada a las 52 ESE con Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados por dicho Ministerio.

Finalmente, respecto a la pregunta “¿Qué va a pasar con las deudas remanentes de EPS liquidadas o vendidas hacia los hospitales y clínicas?”, debe señalarse que la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga, reglamentada mediante el Decreto 1681 de 2015⁴³, ha implementado distintos mecanismos que han generado una inyección de recursos al sistema, con el fin de beneficiar tanto a los prestadores como promotores de salud y así solucionar el problema de liquidez que presentan estas entidades. A continuación se detallarán cada uno de ellos:

Frente a las deudas que las EPS presentaban al momento de su liquidación, el MSPS implementó unas Líneas de Crédito con Tasa Compensada reglamentada mediante el mencionado Decreto 1681, el cual con recursos de la Subcuenta de Garantías apalancó créditos hasta por \$1 billón. Lo anterior, con el fin de inyectar liquidez y aliviar la situación financiera que presenta el sector.

Con relación al proceso liquidatorio de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones – Caprecom, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 141 de 2017⁴⁴, en el cual ordena la emisión a través del

⁴³ “Por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA”

⁴⁴ “Por el cual se ordena la emisión de Títulos de Tesorería – TES – Clase B destinados a atender parcialmente la liquidación de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones “Caprecom” EICE en Liquidación”

En el CD anexo al presente documento se da respuesta a este interrogante.

14. Presentar el mapa de riesgos de las ESE por entidad territorial. ¿En qué estado se encuentran los programas de saneamiento fiscal y financiero?

Respuesta:

Como se señaló anteriormente, el artículo 80 de La Ley 1438 de 2011 determinó la obligatoriedad del MSPS de categorizar anualmente el riesgo de las 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 dichas empresas 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 2012⁴⁶ 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 MSPS, 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), con los actos administrativos que se detallan en la **Tabla No. 14**.

Tabla No. 14
Actos Administrativos Categorización del Riesgo de ESE 2012 - 2017

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

Fuente: MSPS

Es así como en la **Tabla No. 15** se presenta por Departamento la categorización del riesgo de las ESE del nivel territorial para la vigencia 2017 efectuada mediante la Resolución 1755 de 2017:

Tabla No. 15
Categorización del riesgo de las ESE del nivel territorial para la vigencia 2017 - Resolución 1755 del mismo año

⁴⁶ "Por medio de la cual se define la metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se efectúa la categorización del riesgo para la vigencia 2012"

Departamento	Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo bajo	Sin riesgo	Sin categorizar por recomendación de Superintendencia Nacional de Salud	Total ESE Categorizadas
Amazonas				1		1
Antioquia	27	15	16	44	22	124
Arauca		1		2	1	4
Atlántico	3	4	1	7	11	26
Bolívar	5		4	15	19	43
Boyacá	10	1	4	74	16	105
Caldas		2	5	20	2	29
Caquetá			1	5		6
Casanare	1			3	1	5
Cauca	1	1	1	15	1	19
Cesar	4		1	17	6	28
Chocó	2				2	4
Córdoba	5		1	16	9	31
Cundinamarca	7	8	7	16	13	51
Guaviare	1			1		2
Huila	2	2	4	26	6	40
La Guajira	5		3	8		16
Magdalena	9	4	4	11	6	34
Meta	4		2	8	1	15
Nariño	6	4	13	34	11	68
Norte de Santander	4		3	8	1	16
Putumayo	2		1	5	2	10
Quindío		1	3	10		14
Risaralda	1		3	12		16
Santander	13	3	11	37	18	82
Sucre	9	2		3	13	27
Tolima	4		2	30	14	50
Valle del Cauca	4	3	4	32	10	53
Vaupés				1		1
Vichada	1					1
Total general	130	51	94	461	185	921

Fuente: Resolución 1755 del 26 de mayo de 2017, "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones."

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 MHCP, lo cual fue reglamentado por dicha entidad a través del Decreto 1141 de 2013 (compilado en Decreto 1068 de 2015 Único Reglamentario de Hacienda y Crédito Público).

De acuerdo con la información remitida por el MHCP a este Ministerio, a la fecha setenta y siete (77) ESE cuentan con un programa de saneamiento fiscal y financiero viabilizado y en ejecución, (52 viabilizados a 31 de diciembre de 2016 y las 22 restantes durante la vigencia 2017) las cuales se relacionan en la **Tabla No. 16**.

Tabla No. 16
Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero

Departamento	Municipio	Nombre
--------------	-----------	--------

Patrimonio Adecuado: La EPS debe cumplir con un Patrimonio Adecuado que de acuerdo con los ingresos operacionales pueda respaldar su operación. Dicho Patrimonio es un porcentaje de todos los ingresos operacionales de los últimos doce (12) meses (Unidades de Pago por Capitalización + Recursos para acciones de promoción y prevención + cuotas moderadoras + copagos + valor reconocido para pago de incapacidades + los demás que determine la SNS), multiplicado por el porcentaje de costos y gastos netos de siniestros relativos a la cobertura de riesgos en salud.

Reservas Técnicas: Se deben constituir por parte de las EPS las Reservas Técnicas, las cuales corresponden a reservas que respalden las obligaciones conocidas, para lo cual se deben contemplar los señalamientos establecidos en la Resolución 4175 de 2014 de la SNS.

Para realizar esta reserva la EPS al momento de autorizar un servicio, constituye una reserva en el pasivo respaldada por un activo líquido independientemente de la facturación realizada por el prestador de salud, lo cual genera que los recursos de la unidad de pago por capitalización tengan un uso adecuado protegiendo a los prestadores de servicios de salud por medio del respaldo financiero de la EPS al crear la reserva.

Régimen de Inversión de las Reservas Técnicas: Por último, en el marco del Decreto 2702 las EPS deben realizar inversión de las Reservas Técnicas en activos seguros y de alta liquidez con el fin de garantizar el POS que se financia con la UPC, de tal manera que al momento que el prestador de servicios de salud genere la obligación de pago del servicio, la EPS cuente con los recursos disponibles que respalden el pasivo.

Sobre el particular la SNS ha publicado el defecto objeto de la capitalización de EPS que asciende a más de \$5 billones en el primer corte.

11. ¿Cuáles EPS están en el borde financiero? ¿Cuáles son las EPS que cumplen con el régimen de solvencia tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado?

Respuesta:

Este interrogante fue remitido a la Superintendencia Nacional de Salud mediante oficio 201710001731611 del 4 de septiembre de 2017.

12. ¿Cuáles son las medidas que impone y ha impuesto la Superintendencia Nacional de Salud a las EPS cuando no cumplen dicho régimen?

Respuesta:

Este interrogante fue remitido a la Superintendencia Nacional de Salud mediante oficio 201710001665491 del 25 de agosto de 2017.

13. Presentar cartera global con la IPS públicas y privadas, discriminada por EPS, entidad territorial y otros deudores. ¿Cuál es el monto y porcentaje de la cartera vencida?

Respuesta:

MHCP de Títulos de Tesorería – TES – Clase B hasta por la suma de quinientos mil millones de pesos (\$500.000.000.000), para atender parcialmente la liquidación de la entidad.

Con los recursos de la liquidación y los asignados mediante el decreto en mención, a la fecha la liquidadora de Caprecom ha cancelado el 100% de las deudas con el Fosyga y la Cuenta de Alto Costo como créditos de la No Masa de liquidación. Con respecto a las deudas con los prestadores, la liquidadora ha pagado parte de las acreencias hasta en un 37,09%, dada la insuficiencia de activos de la liquidada para atender la totalidad de los pasivos que Caprecom presenta.

10. Con respecto al Decreto 2702 expedido en 2014 (y en aplicación desde el año 2015), que implica la capitalización de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para que sean cada vez más sólidas. ¿Cuáles son las condiciones financieras mínimas que garantizan que las EPS cuenten con el patrimonio necesario, de manera que puedan cumplir con el pago de sus deudas y, sobre todo, prestar servicios con calidad? ¿Cuáles son las EPS que cumplen con dichas condiciones?

Respuesta:

En el marco del Decreto 2702 de 2014⁴⁵ (compilado en el Decreto 780 de 2016) se establecen las condiciones de habilitación financiera que deben cumplir las EPS, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, las cuales corresponden a metas anuales de capital mínimo, patrimonio adecuado, reservas técnicas y Régimen de Inversión de las Reservas Técnicas que serán evaluadas por parte de la SNS por medio del Informe Seguimiento Indicadores Financieros de Permanencia para EPS, dichas metas se especifican a continuación:

Capital Mínimo: Sin importar el número de afiliados que administre la EPS en el marco del referido Decreto 2702 la administradora debe contar con el siguiente capital mínimo, descrito en la **Tabla No. 13**.

Tabla No. 13
Capital mínimo EPS RC y RS – Decreto 2702 de 2014

CAPITAL MÍNIMO EPS RC Y RS DECRETO 2702 DE 2014	2014	2015
	VALOR BASE EN EL DECRETO	3,66% IPC 2014 CERTIFICADO DANE (*)
Capital Base	8.788.000.000	9.110.000.000
Capital Adicional por cada régimen y por Plan Complementario	965.000.000	1.001.000.000
EPS con un solo régimen	9.753.000.000	10.110.000.000
EPS con los dos regímenes, ó RC + Plan Complementario	10.718.000.000	11.111.000.000
EPS con dos regímenes + Plan Complementario	11.683.000.000	12.112.000.000

(*) Se aproxima a la cifra de millón superior

⁴⁵ “Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones”

Departamento	Municipio	Nombre
Antioquia	Caicedo	ESE Hospital Guillermo Gaviria Correa
Antioquia	Cocorná	ESE Hospital San Juan de Dios
Antioquia	Concepción	ESE Hospital José María Córdoba
Antioquia	Granada	ESE Hospital Padre Clemente Giraldo
Antioquia	Hispania	ESE Hospital San Juan del Suroeste
Antioquia	Itagüi	ESE Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita
Antioquia	Olaya	ESE Hospital San Miguel
Antioquia	Rionegro	ESE Hospital Gilberto Mejía Mejía
Antioquia	San Carlos	ESE Hospital San Vicente de Paúl
Antioquia	San José de la Montaña	ESE Hospital Laureano Pino
Antioquia	San Juan de Urabá	ESE Hospital Héctor Abad Gómez
Antioquia	Santa Bárbara	ESE Hospital Santamaría
Antioquia	Yarumal	ESE Hospital San Juan de Dios
Atlántico	Soledad	ESE Hospital Materno Infantil de Soledad
Boyacá	Chivatá	ESE Centro Salud Nuestra Señora del Rosario de Chivatá
Boyacá	Guateque	ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza
Boyacá	Miraflores	ESE Hospital Regional de Miraflores
Boyacá	Paipa	ESE Hospital San Vicente de Paúl de Paipa
Cauca	Santander de Quilichao	ESE Hospital Francisco de Paula Santander Nivel II
Chocó	Tadó	ESE Hospital San José de Tadó
Córdoba	Cereté	ESE CAMU Prado
Córdoba	Sahagún	ESE Hospital San Juan
Cundinamarca	Arbeláez	ESE Hospital San Antonio
Cundinamarca	Caqueza	ESE Hospital San Rafael de Cáqueza
Cundinamarca	Cucunubá	ESE Centro de Salud Cucunubá
Cundinamarca	Gachetá	ESE Hospital San Francisco de Gachetá
Cundinamarca	Guaduas	ESE Hospital San José de Guaduas
Cundinamarca	Junín	ESE Policlínico de Junín
Cundinamarca	Madrid	ESE Hospital Santa Matilde
Cundinamarca	Mosquera	ESE María Auxiliadora
Cundinamarca	Ricaurte	ESE Centro de Salud de Ricaurte
Cundinamarca	San Juan de Río Seco	ESE Hospital San Vicente de Paúl
Cundinamarca	Silvania	ESE Hospital Ismael Silva
Cundinamarca	Sopó	ESE Hospital Divino Salvador
Cundinamarca	Suesca	ESE Hospital Nuestra Señora del Rosario
Cundinamarca	Une	ESE Centro de Salud Timoteo Riveros Cubillos
Huila	Rivera	ESE Hospital Divino Niño
Huila	Timaná	ESE Hospital Municipal San Antonio
Huila	Villavieja	ESE Hospital del Perpetuo Socorro de Villavieja
Magdalena	El Banco	ESE Centro de Salud Samuel Villanueva Valest
Magdalena	Plato	ESE Hospital Fray Luis de León
Magdalena	Salamina	ESE Hospital Local de Salamina
Magdalena	Santa Marta	ESE Hospital Universitario Fernando Troconis
Meta	Villavicencio	ESE Solución Salud
Meta	Villavicencio	ESE Hospital Departamental de Villavicencio
Nariño	Cuaspud	ESE Centro de Salud Cuaspud Carlosama
Nariño	El Charco	ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Nariño	Imués	ESE Santiago Apóstol
Nariño	La Tola	ESE Centro de Salud Nuestra Señora del Carmen
Nariño	La Unión	ESE Centro de Salud Municipal Nivel 1 Luis Acosta
Nariño	Pasto	ESE Pasto Salud

Departamento	Municipio	Nombre
Nariño	San Bernardo	ESE Centro de Salud San Bernardo
Nariño	Tumaco	ESE Centro Hospital Divino Niño
Norte de Santander	Chinácota	ESE Hospital Regional Sur Oriental
Putumayo	Mocoa	ESE Hospital José María Hernández
Putumayo	Puerto Guzmán	ESE Hospital Jorge Julio Guzmán
Risaralda	Balboa	ESE Hospital Cristo Rey
Santander	Aratoca	ESE Hospital Juan Pablo II
Santander	Betulia	ESE Hospital San Juan de Dios de Betulia
Santander	San Andrés	ESE Hospital San José
Santander	Santa Bárbara	ESE Centro de Salud Santa Bárbara
Santander	Suaita	ESE Hospital Integrado Caicedo y Flórez
Santander	Tona	ESE San Isidro del Municipio de Tona
Sucre	Buenavista	ESE Centro de Salud Santa Lucía
Sucre	Caimito	ESE Centro de Salud de Caimito
Sucre	Coloso	ESE Centro de Salud de Coloso
Sucre	Corozal	ESE Centro de Salud Cartagena de Indias
Sucre	El Roble	ESE Centro de Salud de El Roble
Sucre	Los Palmitos	ESE Centro de Salud de Los Palmitos
Sucre	Palmito	ESE Centro de Salud San Antonio
Sucre	Sampués	ESE Centro de Salud Sampués
Sucre	San Benito Abad	ESE Hospital San Benito Abad
Sucre	Tolú Viejo	ESE Centro de Salud San José de Toluviejo
Valle del Cauca	Palmira	ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno
Valle del Cauca	Roldanillo	ESE Hospital Departamental San Antonio
Valle del Cauca	Toro	ESE Hospital Sagrada Familia
Valle del Cauca	Zarzal	ESE Hospital Departamental San Rafael

Fuente: MSPS

En desarrollo de las labores de seguimiento, monitoreo y evaluación, el MHCP 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 cincuenta y dos (52) ESE categorizadas en riesgo medio o alto, viabilizados por el MHCP desde el año 2013 y hasta el 31 de diciembre del año 2016, documento en cuyos Tomos II y III, que se anexan a la presente, incluyen el análisis comparativo de las tendencias de cada una de las variables financieras y la evolución y el avance de los programas de saneamiento fiscal y financiero viabilizados y en ejecución.

15. A la fecha y conforme el cronograma remitido por ese Ministerio, cuantos artículos de la Ley 1438 de 2011 que reforma el sistema de seguridad social en salud, faltan por reglamentar?

Respuesta:

En la **Tabla No. 17** se presenta el estado de los artículos que “faltan por reglamentar” de la Ley 1438 de 2011:

Tabla No. 17
Artículos en proceso de reglamentación – Ley 1438 de 2011

ARTICULO O NORMA	DESCRIPCIÓN	ESTADO ACTUAL
------------------	-------------	---------------

ARTICULO O NORMA	DESCRIPCIÓN	ESTADO ACTUAL
<p>ARTÍCULO 33. PRESUNCIÓN DE CAPACIDAD DE PAGO Y DE INGRESOS. Se presume con capacidad de pago y, en consecuencia, están obligados a afiliarse al Régimen Contributivo o podrán ser afiliados oficiosamente:</p> <p>33.1 Las personas naturales declarantes del impuesto de renta y complementarios, impuesto a las ventas e impuesto de industria y comercio.</p> <p>33.2 Quienes tengan certificados de ingresos y retenciones que reflejen el ingreso establecido para pertenecer al Régimen Contributivo.</p> <p>33.3 Quienes cumplan con otros indicadores que establezca el Gobierno Nacional.</p> <p>Lo anterior, sin perjuicio de poder ser clasificado como elegible al subsidio por medio del Sisbén, de acuerdo con las normas sobre la materia.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas.</p> <p>En caso de existir diferencias entre los valores declarados ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y los aportes al sistema estos últimos deberán ser ajustados.</p>	<p>Se requiere que el Gobierno Nacional reglamente un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas.</p>	<p>Se encuentra en discusión con el MHCP el proyecto de decreto.</p>
<p>ARTÍCULO 34. SUBSIDIO PARCIAL A LA COTIZACIÓN. Las personas elegibles al subsidio parcial a la cotización no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pagarán sobre un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal vigente y un porcentaje de cotización del 10,5%, o aporte equivalente de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Estas personas tendrán derecho a un subsidio parcial de su cotización al Régimen Subsidiado o al Régimen Contributivo en cuyo caso no incluirá prestaciones económicas. Este subsidio será el 67% de la cotización o del aporte equivalente con cargo a los recursos de la subcuenta de Compensación del Fosyga en el caso de los afiliados al Régimen Contributivo y de la subcuenta de Solidaridad en el caso del Subsidiado. El 33% de la cotización o aporte equivalente deberá ser pagado previamente por el afiliado.</p>	<p>Se requiere que el Gobierno Nacional establezca los criterios de elegibilidad para las personas beneficiarias del subsidio parcial a la cotización.</p>	<p>Se encuentran en discusión alternativas técnicas para su implementación sujetas a disponibilidad presupuestal</p>
<p>ARTÍCULO 39. CREACIÓN DE PLANES VOLUNTARIOS Y SEGUROS DE SALUD. El Gobierno Nacional estimulará la creación, diseño, autorización y operación de planes voluntarios y seguros de salud tanto individuales como colectivos.</p>	<p>Se requiere que el Gobierno Nacional estimule la creación, diseño, autorización y operación de planes voluntarios y seguros de salud, individuales y colectivo</p>	<p>Se encuentran en discusión alternativas técnicas para su implementación.</p>
<p>ARTÍCULO 97. DE LA POLÍTICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD. El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del</p>	<p>Se requiere que el Gobierno Nacional defina la Política de Talento Humano en Salud, mediante la expedición de un acto administrativo y/o un documento técnico.</p>	<p>Se construyó un documento con las bases de la política con la participación de agentes de los sectores salud, educación y trabajo.</p> <p>El documento se ha presentado al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, organismo conformado por representantes de las Universidades públicas y privadas que tienen facultades del área de la salud, de los estudiantes y egresados de los programas de</p>

ARTICULO O NORMA	DESCRIPCIÓN	ESTADO ACTUAL
Sistema General de Seguridad Social en Salud. PARÁGRAFO. La Política de Talento Humano en Salud consultará los postulados de trabajo decente de la OIT.		educación superior y no formal del área de la salud, de las IPS, EPS, Ministerio de Educación Nacional y del MSPS. Desde comienzos del mes de abril de 2012, el documento está disponible en la página WEB del MSPS y se ha actualizado con la expedición del Plan Decenal de Salud Pública y la Política de Atención Integral en Salud. Se está solicitando nueva revisión por parte de los Ministerio de Educación y de Trabajo.
Artículo 98. DE LA FORMACIÓN CONTINUA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Sodal en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios.	Se requiere que el Gobierno Nacional establezca los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, mediante la expedición de un acto administrativo y/o un documento técnico.	Se elaboró documento técnico que formuló las bases conceptuales y los fundamentos institucionales el Sistema de Formación Continua del Talento Humano en Salud, a partir del análisis de experiencias internacionales, la revisión de la literatura sobre procesos de aprendizaje en adultos y las características de los sistemas de salud y educación colombianos. Este documento se culminó en 2012 y con base en él se elaboró un proyecto de decreto reglamentario que dispuso en la página web del Ministerio en ese mismo año. Se han presentado dificultades con la definición de la competencia legal del MSPS y de Educación Nacional, para expedir la reglamentación, en el marco legal que regula el servicio público educativo. En conjunto con la OPS y 10 Instituciones de Educación Superior, se desarrollaron los contenidos de un curso virtual en APS, disponible para su ejecución por parte las Universidades del país.
Artículo 101. DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS DEL ÁREA DE LA SALUD. Modifícase el artículo 30 de la Ley 1164 de 2007, adicionándole los siguientes incisos. "Las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud promoverán y fadlitarán la formación de especialistas en el área de la salud, conforme a las necesidades de la población y las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones, requisitos y procedimientos para la oferta, aprobación y asignación de cupos de prácticas formativas de los programas de especialización que impliquen residencia. Los cupos de residentes de los programas de especialización en salud se aprobarán conforme a las normas que regulan la relación docencia servicio y, en todo caso, deberán corresponder a cargos empleos temporales no sujetos a carrera administrativa creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Salud. Se autoriza a las Instituciones Prestadoras de	1. Definición de condiciones, requisitos y procedimientos para la oferta, aprobación y asignación de cupos de prácticas formativas de los programas de especialización que impliquen residencia. 2. Establecer condiciones para la creación y cofinanciación de "cargos empleos temporales" no sujetos a carrera administrativa para los residentes. 3. Reglamentar y armonizar la evaluación de pertinencia en el proceso de evaluación de registro calificado de los nuevos programas de formación superior del área de la salud.	1. Estas condiciones, requisitos y procedimientos ya estaban definidos en normas expedidas previamente, como el decreto 2376 de 2010 y los Acuerdos sobre docencia servicio de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud. Se expidieron los Acuerdos 153 y 154 de 2012 de Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud, con el nuevo modelo de evaluación relación docencia servicio. El Acuerdo 153 empezó a aplicarse para auxiliares a partir de enero de 2013. 2. Sobre la cofinanciación de cargos de en IPS públicas para la formación de residentes y las becas para los profesionales de las regiones donde no hay oferta de educación superior, se han analizado en reuniones de trabajo con la participación de representantes de las Universidades y de las IPS que hacen parte de la relación docencia servicio. En estas reuniones se plantearon serios cuestionamientos a la viabilidad operativa de la implementación de dicha norma, por sus

ARTICULO O NORMA	DESCRIPCIÓN	ESTADO ACTUAL
<p>Salud públicas a crear cargos en sus plantas de personal para la formación de residentes, los cuales tendrán carácter temporal y no estarán sujetos a las normas de carrera administrativa. El Estado cofinanciará parte del costo de los cargos de residentes que cursen programas de especialización considerados prioritarios para el país, para lo cual los recursos del presupuesto nacional destinados a finandar el programa de becas crédito establecido en el parágrafo 1 del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, se reorientarán a la financiación de los cargos contemplados en el presente artículo, el Gobierno Nacional determinará la contraprestación para estos.</p> <p>Para las regiones donde no se cuenta con Entidades de Educación Superior, aquellos profesionales de la salud que deseen especializarse podrán recibir becas financiadas con recursos de los entes territoriales y del Gobierno Nacional, suscribiendo convenios para prestar los servicios especializados durante un tiempo no inferior al requerido para la especialización en la región correspondiente. Estos profesionales tendrán prioridad de acceso a las especializaciones.</p> <p>Para efectos administrativos y asistenciales, a los profesionales de la salud Vinculados mediante la modalidad de residentes se les reconocerá conforme al título más alto obtenido y a la autorización para ejercer por la entidad competente.</p> <p>Los programas de formación en el área de la salud serán aprobados considerando criterios de calidad y pertinencia de los mismos y la evaluación de la relación docencia-servido y de los escenarios de práctica, según los estándares y procedimientos que definan los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional, los cuales harán parte integral del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. Para determinar la pertinencia de los nuevos programas de formación en el área de la salud se requerirá concepto del Ministerio de la Protección Social.</p>		<p>implicaciones financieras, laborales y legales. Por esta razón, se optó inicialmente por fortalecer el programa de becas crédito para la formación de especialistas, lo cual permitió pasar de un promedio de 2.500 a 4.000 residentes beneficiarios de la beca crédito.</p> <p>3. El MSPS expidió la Resolución 1786 de 2014, por medio de la cual se creó el comité para conceptuar sobre la pertinencia de los nuevos programas académicos de educación superior en el área de la salud, estableciendo el objeto, funciones y conformación del mismo; acto administrativo a partir del cual se articuló la evaluación exigida por la Ley y se definieron los criterios de dicha evaluación.</p>

Fuente: MSPS (viceministerios de Protección Social y Salud Pública y Prestación de Servicios)

16. Con respecto al capítulo redes prestadoras de servicios y atención primaria en salud contemplados en la ley 1438 del 2011, cuales artículos aún no han sido implementados y por qué razón.

Respuesta:

El concepto de redes a lo largo del desarrollo del SGSSS ha tenido variaciones en cuanto a su connotación y alcances, con relación a las redes integradas e integrales de salud. Es así, como la Corte Constitucional mediante la Sentencia C-313 de 2014 señaló la diferencia entre Redes Integradas y Redes Integrales, como:

(...) resulta oportuno destacar el concepto de “redes integrales” de servicios de salud que incorpora la ley examinada, lo cual, valga decir, no puede confundirse con el de “redes integradas”. Para este Tribunal, las primeras, son aquellas que en su estructura cuentan con instituciones y tecnologías de cada una de las especialidades para garantizar una cobertura global de las contingencias que se puedan presentar en materia de salud; las segundas, guardan relación con sistemas interinstitucionales comprendidos como una unidad operacional, lo que no necesariamente implica la disposición de todos los servicios necesarios para abordar el mayor número de situaciones posibles, ya que de su etimología, como ya se dijo, tan solo se desprende la idea de varias entidades compartiendo un orden funcional, mas no el propósito de atender la demanda de la salud en todos sus ámbitos.

Por lo anterior, parece más conveniente, en atención a las necesidades propias de nuestro sistema, hablar de redes integrales, tal y como lo hace en esta oportunidad el legislador estatutario, pues ello se acompasa claramente con los lineamientos jurídicos decantados en la jurisprudencia de la Corporación.

Para la Corte, el concepto de “red integral” refleja mejor el tipo de servicios que las entidades que conforman el sistema de salud se obligan a prestar a sus usuarios, mientras que el concepto de “red integrada”, proyecta la forma en la que se organizan dichas entidades. Lo integral apareja la noción de universalidad y diversidad en la oferta de beneficios médicos y asistenciales y lo integrado sugiere la unidad funcional y operacional con miras a la obtención de un propósito unívoco. Dicho de otro modo, lo integral se asimila a lo completo, mientras que lo integrado a aquello que hace parte de un todo, pudiendo o no acompasarse con la expectativa y los parámetros mínimos de satisfacción del derecho pretendido”.

Considerando los argumentos anteriores, la Corte Constitucional consideró ajustado el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015 y declaró su exequibilidad. “Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas” (subrayado fuera de texto).

A su vez, la Ley 1753 de 2015 estableció la Política de Atención Integral en Salud, bajo el enfoque de la Atención Primaria de Salud, y uno de cuyos componentes son las redes integrales:

Artículo 65º. Política de atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la

promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación (subrayado fuera de texto).

Con base en lo anterior, lo relacionado con la atención primaria en salud y las redes contemplado en la Ley 1438 de 2011, fue tomado en consideración en la mencionada Resolución 429 de 2016 mediante la cual se adoptó la Política PAIS, en desarrollo de normas como las Leyes 1751 y 1753 de 2015), los artículos 6 (Plan Decenal de Salud Pública), 12 (Atención Primaria de Salud), 14 (Fortalecimiento de los Servicios de Baja Complejidad), 61 (De las Redes Integradas de Servicios de Salud), y 62 (Conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud) de la Ley 1438 de 2011.

La Política PAIS incorpora un esquema operacional para su implementación, que es el MIAS, el cual permite la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios y las políticas e intervenciones en salud individual y colectiva, según la situación de salud de las personas, familias y comunidades; mediante cuatro componentes: “1) la atención primaria en salud (APS), como mecanismo de articulación de las acciones de salud pública, promoción de la salud y atención de la enfermedad; 2) la salud familiar y comunitaria, como enfoque de intervención en los servicios básicos o primarios y la coordinación del flujo de usuarios a través del sistema; 3) la gestión integral del riesgo en salud, como actividad central de los agentes del sistema, para la minimización del riesgo y mitigación del daño, con énfasis en usuarios con patologías crónicas; y, 4) el enfoque diferencial para adaptar el modelo a cada uno de los contextos poblacionales —comunidades étnicas, víctimas, entre otros— y territoriales—urbano, rural y disperso, dentro de las competencias y recursos asignados a cada uno de los agentes del Sistema”⁴⁷.

El MIAS incluye “intervenciones orientadas a asegurar su integralidad, para ello se plantea una estrategia que combine la atención primaria, la salud familiar y comunitaria, así como la gestión integral del riesgo de salud. La primera consolida la coordinación en la respuesta del sistema, la segunda integra el servicio entre usuarios, territorios y entornos sociales y la tercera articula una respuesta de tipo anticipatorio dirigida a modular el riesgo en salud”⁴⁸.

El MIAS se centra en las personas, reconociendo las particularidades de la población y el territorio, la autonomía territorial, la organización social, entre otros, con intervenciones dirigidas a garantizar la integralidad, continuidad, calidad y resolutiveidad de la atención. Para su implementación, se plantea su adecuación bajo un enfoque que reconoce la diversidad cultural, las condiciones diferenciales y de vulnerabilidad de la población por factores físicos, sociales, psicosociales, culturales, económicos, ambientales, entre otros⁴⁹.

⁴⁷ Departamento Nacional de Planeación. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 “Todos por un nuevo país”.

⁴⁸ Ibidem

⁴⁹ En términos de considerar las diferencias territoriales y poblacionales, también se diseñó un modelo de atención en salud para zonas dispersas y su adopción como piloto para el departamento de Guainía, mediante el Decreto 2561 de diciembre 12 de 2014, que “tiene por objeto definir mecanismos que permitan mejorar acceso a servicios de salud a través de un modelo de atención en salud y prestación servicios de salud para la población afiliada al Sistema General Seguridad Social en Salud y fortalecer el aseguramiento en Departamento de Guainía”. En el Modelo se reconocen las diferencias de los territorios a nivel nacional y las particularidades de sus poblaciones, en términos del diseño e implementación de estrategias para mejorar la prestación de servicios y el acceso a los mismos, mediante la superación de barreras de tipo geográfico, socioculturales, económicas e institucionales.

De esta forma, se configura así un apropiado enfoque integrador que resulta acorde con los enfoques de Atención Primaria en Salud: en la medida que se parte del reconocimiento de las condiciones y perfiles de riesgo presentes en la población, agrega valor a la adecuada respuesta a las necesidades, mediante estrategias particulares de detección temprana, derivación y tratamiento oportuno a través de prestadores articulados en redes, para garantizar mediante incentivos al desempeño, apropiados niveles de *acceso, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad en la prestación de los servicios*; y sumando al *logro de resultados esperados en salud* para la población; producto de la acción complementaria de la gestión en salud pública, sobre las prioridades trazadas en el plan decenal de salud pública y los planes territoriales.

De lo detallado previamente, resulta entonces preciso señalar que la articulación de las intervenciones individuales provistas a través del PB con el campo de la gestión sobre los determinantes sociales en salud, se plasma en el *enfoque de la atención primaria*, fundamentalmente a través de las *prioridades* definidas en el Plan Decenal de Salud Pública o sus equivalentes territoriales. Poder precisar tales *prioridades*, como se indica, implica tener común conocimiento por parte de los responsables de la gestión de los riesgos individuales, esto es, en cabeza de las entidades promotoras de salud, con la *gestión de los determinantes sociales en salud* a cargo de las autoridades competentes, es decir, las entidades territoriales, conforme a las competencias definidas en la Ley 715 de 2001⁵⁰ o aquella que la sustituya, modifique o adicione.

De otro lado, en el marco de la Política de Atención en Salud y como uno de los componentes del MIAS, están las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS, definidas en el numeral 5.5 del artículo 5 de la Resolución 429 de 2016 “como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutivez a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud”.

En tal sentido, se expidió la Resolución 1441 de 2016⁵¹ en desarrollo de los artículos 62 (Conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud) y 64 (Articulación de las Redes Integradas) de la Ley 1438 de 2011.

Las RIPSS que deben organizar y gestionar las EPS en cada uno de los departamentos y distritos en los cuales están autorizadas para operar y deben ser habilitadas por estas entidades territoriales, a efectos de brindar un proceso de atención en salud de sus afiliados en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad, oportunidad y resolutivez. Las RIPSS como forma organización funcional de los servicios de salud para la provisión de las atenciones en salud a la

⁵⁰ “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”

⁵¹ “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”.

población afiliada, dentro del aseguramiento en salud, permiten su prestación bajo las condiciones señaladas, a la par que solventan limitaciones de la oferta.

Las RIPSS estarán conformadas por componentes primarios y complementarios de servicios de salud. Los primeros serán los encargados de las acciones de fomento y autocuidado de la salud, protección específica, búsqueda activa de casos, detección temprana, tratamiento y rehabilitación básica; en tanto los complementarios, serán los encargados de la atención de eventos de mayor complejidad, que requieren de elementos tecnológicos y personal especializado.

Para la implementación de lo dispuesto por la citada Resolución, el Ministerio adelantó acciones tendientes a soportar dicho proceso, como la elaboración y publicación de instrumentos metodológicos, Manuales de Habilitación de las RIPSS para las EPS, las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales y la SNS. Así como la prestación de asistencia técnica para el ejercicio de las responsabilidades establecidas en dicha norma.

Con relación a instrumentos operativos, se viene trabajando en el diseño del Módulo de Redes del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, el cual es un aplicativo planificado en ambiente web, que tiene como propósito registrar y soportar las diferentes etapas del proceso de habilitación de las RIPSS (entrada, permanencia – incluyendo novedades, y renovación de ésta), así como las actuaciones de los agentes y de las entidades territoriales. Una vez dispuesto dicho Módulo a partir del segundo semestre de 2017, las EPS cuentan con un término de doce meses para su habilitación⁵².

Así mismo, para disponer de mayor información para la estimación de la suficiencia y completitud de las RIPSS, se trabaja en las especificaciones y desarrollos técnicos de los componentes de talento humano en salud, infraestructura y de dotación del REPS.

17. A la fecha y conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, cuantas empresas sociales del estado en sus diferentes niveles de complejidad, están acreditadas en Colombia y esa acreditación a qué porcentaje de las IPS corresponde.

Respuesta:

Conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, la acreditación es un proceso voluntario que las IPS realizan por alcanzar y mantener estándares de Calidad superiores a los obligatoriamente exigidos dentro del Sistema Único de Habilitación. Eso se concreta en adquirir el Certificado de Acreditación otorgado por el ICONTEC, como Entidad Acreditadora autorizada por el MSPS en el marco del Decreto 903 de 2014⁵³ (compilado en el Decreto 780 de 2016)

⁵² Resolución 1441 de 2016. *Artículo 16. Transitoriedad*. "La EPS que se encuentre habilitada a la fecha de entrada en vigencia de la presente Resolución, deberá adelantar el procedimiento de habilitación de las RIPSS, definido en la presente Resolución, en un plazo no superior a doce (12) meses contados a partir de la fecha en la cual esté dispuesto el Módulo de Redes del REPS por parte de este. Si vencido el plazo anterior, no se ha culminado el trámite de habilitación referido en la presente resolución, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas que estime pertinentes con respecto a la EPS y a la correspondiente entidad territorial, de acuerdo con sus competencias y procedimientos en la materia".

⁵³ "Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud"

De esta manera, a la fecha el país cuenta con treinta y seis (36) IPS acreditadas, de las cuales 30 son de naturaleza privada, 5 de naturaleza pública y una mixta (Tabla No. 18). Si se toma en consideración, que a la fecha hay habilitadas para operar en el país, 930 ESE, el porcentaje de éstas acreditadas corresponde al 0,54%.

Tabla No. 18
Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas a 2016

Razón Social	Tipo de Institución		
	Pública	Privada	Mixta
Instituto del Corazón de la Fundación Cardiovascular (Floridablanca)		X	
Hospital Pablo Tobón Uribe (Medellín)		X	
Unidad de Servicios de Salud Pablo VI Bosa – Primer Nivel (Bogotá) (*)	X		
Centro Policlínico del Olaya (Bogotá)		X	
Centro Médico Imbanaco (Cali)		X	
Clínica del Occidente S.A (Bogotá)		X	
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá (Bogotá)		X	
Fundación Valle de Lili (Cali)		X	
ESE Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta – Tercer Nivel (Bogotá)	X		
Laboratorio Clínico Continental – Barranquilla (Cartagena)		X	
Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología (Bogotá)		X	
Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl (Medellín)		X	
Clínica FOSCAL – Bucaramanga (Floridablanca)		X	
ESE Hospital Universitario Departamental de Nariño – Tercer Nivel (Pasto)	X		
Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt (Bogotá)		X	
Clínica Reina Sofía (Bogotá)		X	
ESE Hospital Civil de Ipiales – Segundo Nivel (Ipiales)	X		
IPS Virrey Solís (Bogotá y Cundinamarca)		X	
Clínica del Country (Bogotá)		X	
Fundación Hospital Infantil Universitario de San José (Bogotá)		X	
Fundación Clínica Shaio (Bogotá)		X	
Clínica Universidad de la Sabana (Chía)		X	
Javesalud IPS (Bogotá)		X	
Hospital San José - Sociedad de Cirugía de Bogotá (Bogotá)		X	
Hospital infantil Los Ángeles (Pasto)		X	
ESE Hospital Susana López de Valencia – Segundo Nivel (Popayán)	X		
Centro Oftalmológico Carriazo (Barranquilla)		X	
Clínica Bonnadona Prevenir (Barranquilla)		X	
Clínica Chía (Chía, Cajicá, Zipaquirá, Factativá, Chocontá y Mosquera)		X	
Clínica Juan N Corpas (Bogotá, Cota)		X	
Hospital Universitario San Ignacio (Bogotá)		X	
Medicina Intensiva del Tolima (Honda)		X	
Fundación San Vicente de Paúl – Centros Especializados (Rionegro Antioquia)		X	
Servicios Especiales de Salud S.E.S (Manizales)			X
Ángel Diagnóstica Laboratorio (Cali, Palmira y Popayán)		X	
Clínica Universitaria Bolivariana (Medellín)		X	

(*) Hace parte de la ESE Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de Bogotá.

Fuente: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación de Colombia – Icontec.

El certificado de Acreditación de las IPS, 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.

Vale señalar que los procesos de evaluación de gerentes de las ESE, incorporan el enfoque de mejoramiento hacia la acreditación de dichas entidades, así como el deber de las Juntas Directivas de velar y evaluar dichos procesos, conforme a lo establecido en la Resolución 743 de 2013⁵⁴.

18. A la fecha y conforme al proceso de selección de gerentes de empresas sociales del estado, cuantos gerentes aún no han sido formalmente designados en el país. Cuantos procesos han sido demandados y cuantos están en trámite judicial.

Respuesta:

De acuerdo con la información reportada por las IPS públicas en virtud del Decreto 2193 de 2004⁵⁵ (compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016), en la **Tabla No. 19**, se presenta el número de ESE con gerentes nombrados y posesionados, correspondiente al 96% de las mismas; sin gerentes nombrados y posesionados, equivalente al 3,5%; y al 0,5% de ESE restantes no les aplica por encontrarse intervenidas por parte de la SNS.

Tabla No. 19
Empresas Sociales del Estado con Gerentes Nombrados y Posesionados a 25 de agosto de 2017

Tipo de Provisión del Gerente de la ESE	Número de ESE con Actos Administrativos de Nombramiento y Posesión de Gerentes	%
Reelección	159	17,2%
Concurso	146	15,8%
Nombramiento - Artículo 20 Ley 1797 de 2016	584	63,1%
Total ESE con gerentes nombrados y posesionados	889	96,0%
ESE con intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud	5	0,5%
Número de ESE sin nombramiento y posesión del Gerente en propiedad	32	3,5%
Total ESE en el País (*)	926 (*)	100,0%

(*)Excluye las cuatro (4) ESE de la Nación (ESE Instituto Nacional de Cancerología, ESE Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, ESE Sanatorio de Agua de Dios y ESE Sanatorio de Contratación).

Fuente: Información reportada por las IPS públicas, 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 el Decreto 780 de 2016.

De las 32 ESE sin nombramiento y posesión de gerente en propiedad, de acuerdo con la información reportada por la fuente mencionada, 27 de ellas presentan forma de vinculación del gerente: “*Encargado*”; 1 en “*Libre nombramiento y remoción* con la siguiente observación avalada por la Entidad Territorial: “*No sale a concurso por llevar 22 años en el Hospital y estar en Reten Pensional*”; y las 4 ESE restantes, sin diligenciado de información.

Respecto a cuántos procesos han sido demandados y cuantos están en trámite judicial, este Ministerio no cuenta con dicha información.

⁵⁴ “Por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones”

⁵⁵ “Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003”

19. Cuántas Empresas Sociales del Estado se han beneficiado en los últimos 5 años de los planes de salvamento hospitalario?

Responder:

Para la implementación de los programas de saneamiento fiscal y financiero y el saneamiento de los pasivos de las ESE se dispusieron de recursos, así:

De acuerdo con lo previsto en el Decreto 1141 de 2013⁵⁶ (Compilado en el Decreto 1068 de 2016 Único Reglamentario del MHCP), 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 MSPS,
- ✓ Excedentes del SGP destinados por la Ley 1687 de 2013⁵⁷,
- ✓ Saldos de cuentas maestras del régimen subsidiado,
- ✓ Excedentes de rentas cedidas,
- ✓ Excedentes del Fonpet – Lotto en Línea (Decreto 728 de 2013⁵⁸),
- ✓ Otros recursos propios de las entidades territoriales.

Teniendo en cuenta lo anterior, de los recursos de presupuesto de Inversión de proyectos el MSPS 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, de los cuales se han beneficiado el número de ESE que se relacionan en la **Tabla No. 20**.

Tabla No. 20			
Recursos asignados Saneamiento Fiscal y Financiero de ESE			
Acto Administrativo	Fuente	Valor Girado	No. De ESE beneficiarias
Resol 4501/2012	PGN 2012	32.270.918.031	8
Resol 4654/2013	PGN 2013	27.645.800.000	2
Resol 4874/2013	PGN 2013	149.000.000.000	111
TOTALES		208.916.718.031	121

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social -DPSAP – 11 de agosto de 2017

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 FONSAET como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el MSPS, 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

⁵⁶ “Por el cual se determinan los parámetros generales de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero que deben adoptar las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, categorizadas en riesgo medio o alto y se dictan otras disposiciones”

⁵⁷ “Por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 10. de enero al 31 de diciembre de 2014”

⁵⁸ “Por el cual se reglamentan los parágrafos 2° y 3° del artículo 42 de la Ley 643 de 2001”

intervenidas para administrar o liquidar por parte de la SNS y las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación.

De este modo, mediante el Decreto 2651 de 2014⁵⁹ 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 2014⁶⁰, 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 2014⁶¹ 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 referida Resolución 5929, para que estos realicen la distribución entre las ESE categorizadas en riesgo medio o alto, que hayan adoptado programas de saneamiento fiscal y financiero o a 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 MSPS. En la **Tabla No. 21** se relacionan por Departamento los valores asignados y girados a cada uno de ellos y el número de ESE a las cuales los departamentos les han distribuido recursos.

Tabla No. 21
Resolución 5938 de 2014 - Asignación de Recursos a Departamentos

Departamento	Valor Asignado y girado \$	No. ESE Beneficiarias
Amazonas	220.480.000	1
Antioquia	14.069.657.000	30
Arauca	1.984.783.000	0
Atlántico	16.703.621.238	9
Caldas	193.566.000	2
Casanare	2.122.501.000	0
Cesar	2.468.178.000	4
Córdoba	4.918.598.000	3
Huila	1.998.459.000	5
Meta	733.534.000	1
Nariño	1.192.658.000	2
Norte de Santander	1.932.320.000	3
Sucre	940.427.000	2
Tolima	12.386.881.000	2
Valle del Cauca	20.000.000.000	3
Total	81.865.663.238	67

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social -DPSAP – 11 de agosto de 2017

⁵⁹ "Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013"

⁶⁰ "Por la cual se establecen los criterios, condiciones, requisitos y procedimientos para la asignación, distribución y giro de los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet)"

⁶¹ "Por medio de la cual se asignan recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET y se dictan otras disposiciones"

ii. Respecto de los recursos apropiados durante las vigencias 2012, 2015, 2016 y 2017 la SNS 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, que se detallan en la **Tabla No. 22**.

Tabla No. 22
Recursos asignados durante las vigencias 2012, 2015, 2016 y 2017

Año	Acto Administrativo de asignación	Dpto.	Municipio	Nombre ESE	Total Asignado	No. ESE Beneficiarias
2012	Resol 4362 de 2012	Antioquia	Apartadó	ESE Hospital Antonio Roldán Betancur	11.401.088.758	9
		Antioquia	Puerto Berrio	ESE Hospital La Cruz	2.984.706.946	
		Arauca	Arauca	ESE Moreno Calvo y Clavijo	5.460.000.000	
		Córdoba	Cereté	ESE CAMU Prado	832.837.242	
		Guaviare	San José del Guaviare	ESE Hospital San José del Guaviare	10.727.247.454	
		Sucre	San Marcos	ESE Hospital Regional de II Nivel de San Marcos	1.131.437.698	
		Valle del Cauca	Palmira	ESE Hospital Raul Orejuela Bueno	2.210.757.733	
		Valle del Cauca	Palmira	ESE Hospital San Vicente de Paúl	3.713.341.134	
		Vichada	Puerto Carreño	ESE UBA Nuestra Señora del Carmen	2.640.631.103	
Subtotal 2012					42.506.666.667	
2015	Resol 5321 de 2015	Chocó	Quibdó	ESE Hospital Deptal San Francisco de Asís	15.286.230.246	7
		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	7
		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	2
		Vichada	Cumaribo	ESE Unidad Básica De Atención Nuestra Señora Del Carmen	3.000.000.000	
		Subtotal 2017				
TOTAL 2012 A 2017					166.550.759.225	25

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social -DPSAP – 11 de agosto de 2017

20. ¿Cuál es el balance tras el proceso de liquidación de EPS tanto públicas como privadas? ¿Cómo y dónde están los usuarios del sistema que fueron objeto de traslados? ¿Cuál es el estado de las desudas que las EPS liquidadas tenían? ¿Existen deudas pendientes? ¿Cuántos recursos hacen falta para cubrir esas deudas? ¿Cuál fue el costo real y final de cada proceso liquidatorio, incluir costos de nómina, funcionamiento, tecnologías implementadas?

Respuesta:

Este interrogante fue remitido a la Superintendencia Nacional de Salud mediante oficio 201710001665491 del 25 de agosto de 2017.

21. Con respecto a los traslados de los usuarios de EPS liquidadas, ¿cuántas quejas y tutelas se han presentado por parte de usuarios trasladados? ¿por qué razones o motivos se presentan estas quejas y tutelas? ¿todos los usuarios afectados ya se encuentran efectivamente trasladados? ¿todos los usuarios afectados ya están recibiendo servicios de salud con normalidad? Sírvase anexar la información detallada por número de pacientes, EPS de origen, EPS de destino, fecha de traslado, municipios y departamento.

Respuesta:

Este interrogante fue remitido a la Superintendencia Nacional de Salud mediante oficio 201710001665491 del 25 de agosto de 2017.

22. ¿Cuáles han sido las medidas implementadas para evitar los traumatismos en medio de la transición entre diferentes EPS, garantizando la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la oportunidad en tratamientos y entrega de medicamentos?

Respuesta:

Este interrogante fue remitido a la Superintendencia Nacional de Salud mediante oficio 201710001665491 del 25 de agosto de 2017.

23. ¿Cuál es el valor de la Unidad de pago por capitación (UPC)? Especificar años 2015, 2016, 2017 y aproximaciones de 2018.

Respuesta:

La UPC es la prima que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce a cada EPS por cada uno de sus afiliados teniendo en cuenta la ubicación geográfica, la edad y el sexo; así, la UPC promedio para los años 2015,2016 y 2017 se presenta en la siguiente **Tabla No. 23**.

Tabla No. 23
Valor UPC promedio 2015-2017 y aproximación 2018

Año	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	(Pesos)
			Acto Administrativo*
2015	\$ 629.974,80	\$ 563.590,80	Resolución 5925 de 2014
2016	\$ 689.508,00	\$ 616.849,20	Resolución 5593 de 2015
2017	\$ 746.046,00	\$ 667.429,20	Resolución 6411 de 2016

2018	Entre \$790.808,76 y \$820.650,60 (incremento de 6,0% y 10%, respectivamente)	Entre \$707.474,95 y \$734.172,12 (incremento de 6,0% y 10%, respectivamente)	Aproximación inicial
------	---	---	----------------------

*en cada acto administrativo puede consultarse la UPC discriminada por ubicación geográfica, edad, sexo
Fuente: MSPS.

Para el año 2018, se estima que el valor de la UPC promedio tenga un crecimiento entre el 6,0% y 10%, es decir, que el valor de la UPC promedio para el Régimen Contributivo estaría entre \$790.808,76 y \$820.650,60, y en el caso del Régimen Subsidiado entre \$707.474,95 y \$734.172,12.

24. El propio Ministerio de Salud ha dicho que “se espera mejorar la infraestructura con recursos del Gobierno Nacional en el marco de la estrategia de contratos plan, la inversión de departamentos y municipios con recursos de regalías y los excedentes de las cuentas maestras. ¿Cuántos recursos efectivamente se han invertido para infraestructura, específicamente hospitales públicos? Demostrar resultados.

Respuesta:

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. Lo anterior, no obstante las limitaciones financieras existentes y las prioridades financieras del sector en garantizar la sostenibilidad de la cobertura de aseguramiento en salud y los beneficios otorgados a la población, conforme a lo estipulado en la Ley Estatutaria de Salud.

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 – SGR (Leyes 1530⁶² y 1606 de 2012⁶³), 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 **Tabla No. 24** 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.

Tabla No. 24
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

Concepto de Inversión	Millones de Pesos Corrientes								Total
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Estudios de vulnerabilidad sísmica y obras de reforzamiento	12.000	12.600	15.100	15.088	13.674	9.000	0	0	77.462

⁶² “Por la cual se regula la organización y el funcionamiento del Sistema General de Regalías”
⁶³ “Por la cual se decreta el presupuesto del Sistema General de Regalías para el Bienio del 1° de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2014”.

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

Entre los anteriores recursos, se señala que el Ministerio para coadyuvar al mejoramiento de la capacidad de las ESE y por ende el acceso de la población a los servicios de salud, desarrolló durante los años 2013 y 2014 el Proyecto de inversión “Fortalecimiento de la capacidad instalada para la prestación de servicios a nivel nacional”, que tuvo como objetivo cofinanciar proyectos de infraestructura y equipamiento biomédico de ESE priorizados y presentados por las entidades territoriales. Para la vigencia de 2013 se asignaron recursos del presupuesto de inversión por \$21.354 millones y para el año 2014 por \$15.000 millones (Resoluciones 4691 y 4915 de 2013, 5673 y 5807 de 2014).

Para las vigencias 2015 – 2018 el Ministerio formuló el proyecto “Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en los componentes de infra-estructura y dotación hospitalaria” dirigido al mejoramiento de la infraestructura física y equipos biomédicos de las ESE, mediante la cofinanciación de proyectos de este tipo en el marco de las redes de prestación de servicios de salud. Para la vigencia de 2015, a través de las Resoluciones 2078 y 5422 de 2015 se asignaron recursos de este proyecto por valor de \$49.321 millones y \$50.077 millones, respectivamente.

Del mismo modo, mediante el proyecto “Implementación de acciones para apoyar la reducción de la vulnerabilidad sísmica estructural de las instituciones hospitalarias a nivel nacional”, con la asignación de recursos del orden nacional para estos fines (Resoluciones 5542 y 5755 de 2014), así: \$12.600 millones en el año 2010, \$15.100 millones en el año 2011, \$15.088 millones en el año 2012, \$13.674 millones en el año 2013, \$9.000 millones en el año 2014.

En los recursos citados en la **Tabla No. 24** también se incluyen entre otros, los asignados para el fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud, en el marco de los Contratos Plan (Leyes 1450⁶⁴ y 1454 de 2011⁶⁵), en desarrollo del proyecto “Mejoramiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria en el marco de la estrategia contratos plan - Nacional”, los cuales se detallan en la **Tabla No. 25**

Tabla No. 25
Asignación de recursos para fortalecer la capacidad instalada de infraestructura asociada a la prestación de servicios en salud - contrato plan

Vigencia	Departamento	Municipio	Entidad Beneficiaria	Valor asignado
2013	Nariño	Ipiales	Hospital civil de Ipiales ESE	7.000.000.000
2014	Antioquia	Vigía del Fuerte	Empresa social del estado Hospital Atrato	5.331.829.177

⁶⁴ “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014”.

⁶⁵ “Por la cual se dictan normas orgánicas sobre ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones”

Vigencia	Departamento	Municipio	Entidad Beneficiaria	Valor asignado
			Medio Antioqueño	
2014	Arauca	Cravo Norte	Empresa social del estado Departamental de primer nivel Moreno y Clavijo	10.065.541.113
2014	Santander	Floridablanca	Empresa social del estado Hospital San Juan de Dios de Floridablanca	7.883.074.859
2015	Córdoba	Valencia	Empresa social estado Hospital Sagrado Corazón de Jesús	1.030.000.000
2015	Chocó	Acandí	Departamento del Chocó - Hospital Lascario Barbosa Avendaño de Acandí	5.523.962.145
2016	Cauca	Santander de Quilichao	Hospital Francisco de Paula Santander ESE nivel II	8.629.002.560

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Corte a Agosto 28 de 2017

- Línea de crédito de redescuento con tasa compensada de Findeter¹:

El Decreto 2551 de 2012⁶⁶ 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 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, en la **Tabla No. 26** se presenta las entidades que han accedido a recursos de tasa compensada para diferentes proyectos de inversión en infraestructura física o dotación y a procesos de reorganización administrativa.

Tabla No. 26
Recursos FINDETER

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

⁶⁶ "Por el cual se regula una línea de redescuento con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S. A., Findeter, para el sector salud"

Línea	Depto	Municipio	Beneficiario	Valor Financiado	Proyecto
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 departamental de Nariño ESE	\$ 8.000.000.000	Adquisición de equipos de alta tecnología para el 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: Ministerio de Salud y Protección Social -DPSAP – 11 de agosto de 2017

Por otra parte, el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013 posibilitó utilizar los excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado, entre otros usos, para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios.

En este contexto, de acuerdo al reporte de las entidades territoriales en el marco de la Resoluciones 292 de 2013, 2472 de 2014 y 4624 de 2016 se estableció la utilización de \$826.482 millones para infraestructura y dotación de la red pública de hospitales, lo que equivale al 59,23% del total de los recursos contemplados en los planes de aplicación de los excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado.

Del total de recursos contemplados para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud, con corte a 31 de diciembre de 2016, de acuerdo a las entidades territoriales se habían ejecutado un total de \$364.511 millones, lo que corresponde al 44,10% del total de recursos de excedentes contemplados para tal fin. El detalle se muestra en la **Tabla No. 27**:

Tabla No. 27
Recursos para inversión – ejecución y porcentaje

(Cifras en Millones de pesos)

Uso	Valor	Ejecución	% de ejecución
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.	826.482	364.511	44,10%

Fuente: Entidad Territoriales – Resoluciones 292 de 2013, 2472 de 2014 y 4624 de 2016.

Finalmente, en relación con la inversión de los recursos del SGR, se debe tener en cuenta que según lo previsto en el artículo 6 la Ley 1530 de 2012 “Los órganos colegiados de administración y decisión son los responsables de definir los proyectos de inversión sometidos a su consideración que se financiarán con recursos del Sistema General de Regalías, así como evaluar, viabilizar, aprobar y priorizar la conveniencia y oportunidad de financiarlos. También designarán su ejecutor que será de naturaleza pública”. En la **Tabla No. 28**, se relacionan los proyectos de inversión orientados al fortalecimiento de la prestación de servicios de acuerdo con la información suministrada por el DNP, en el marco de las funciones de administración del Sistema de Monitoreo, Seguimiento, Control y Evaluación - SMSCE previstas en el artículo 9 de la mencionada Ley 1530.

Tabla No. 28
Sistema General de Regalías, Proyectos Aprobados 2012-2017

Cifras en millones de pesos

REGION	NUMERO DE PROYECTOS	VALOR SGR	VALOR TOTAL
Caribe	73	231.101	236.748
Centro Oriente	37	57.717	126.980
Centro Sur	20	49.084	65.062
Llanos	55	121.442	213.473
Eje Cafetero	34	107.836	112.609
Pacífico	34	98.594	352.099
TOTAL	253	665.776	1.106.974

Fuente: Departamento Nacional de Planeación - SMSCE. Con corte a 15 de julio de 2017

25. Presentar y explicar algún tipo de evaluación de política o documento que permita conocer y entender la actual situación de los recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud ¿Por qué motivos se siguen presentando y cuántos recursos implican a día de hoy, estos recobros? ¿Cuántas solicitudes de recobro existen hoy en el país?

Respuesta:

Este interrogante fue remitido a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante oficio 201710001665521 del 25 de agosto de 2017.

26. Como producto del Acuerdo de Paz y Finalización del Conflicto con la guerrilla de las FARC, cuáles son los territorios del país en los que el Estado, a través del Ministerio de Salud ya ha podido empezar a hacer presencia efectiva en aras de garantizar acceso y calidad de los servicios de salud.

Respuesta:

El sector salud ha garantizado su presencia y acción efectiva a través de secretarías de salud y las ESE en los territorios donde se han constituido puntos de preagrupación temporal - PPT, zonas veredales transitorias de normalización - ZVTN o puntos transitorios de normalización - PTN y espacios territoriales de capacitación y reincorporación - ETCR. Dicha presencia ha existido con anterioridad pero se ha fortalecido en virtud de las exigencias que derivan del Acuerdo de Paz.

En este sentido, la acción efectiva se ha garantizado mediante i) transferencia de recursos a las ESE (de conformidad con la Resolución 4037 de 2016); ii) prestación de servicios de atención primaria en salud; iii) transporte asistencial básico - TAB o de evacuación fluvial. A continuación se presenta el detalle respectivo.

i. Transferencia de recursos a las ESE, según Resolución 4037 de 2016

Los recursos asignados a las ESE para el desarrollo de brigadas de salud y hemoclasificación, principalmente, se observan en la siguiente **Tabla No. 29**, donde se relaciona cada ESE y el monto asignado.

Tabla No. 29
Recursos asignados a las ESE - según Resolución 4037 de 2016

No.	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCION BENEFICIARIA	VALOR ASIGNADO (pesos)
1	ANTIOQUIA	DABEIBA	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO - VEREDA LLANO GRANDE	86.567.000
2	ANTIOQUIA	ITUANGO	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - VEREDA SANTA LUCIA	86.567.000
3	ANTIOQUIA	REMEDIOS	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL - VEREDA CARRIZAL	86.567.000
4	ANTIOQUIA	VIGIA DEL FUERTE	E.S.E. HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO - VEREDA VIDRI	86.567.000
5	ARAUCA	ARAUQUITA	E.S.E. MORENO Y CLAVIJO - VEREDA DE FILIPINAS	173.134.000
6	CAQUETA	LA MONTAÑITA	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA - VEREDA AGUA BONITA	86.567.000
7	CAQUETA	SAN VICENTE DEL CAGUAN	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL - VEREDA MIRA VALLE	86.567.000
8	CAUCA	BUENOS AIRES	E.S.E. NORTE 1 - VEREDA EL CERAL/LA ELVIRA	86.567.000
9	CAUCA	CALDONO	E.S.E. POPAYAN - VEREDA SAN ANTONIO DE LOS MONOS	86.567.000
10	CAUCA	MIRANDA	E.S.E. NORTE 2 - VEREDA MONTEREDONDO	86.567.000
11	CESAR	LA PAZ	E.S.E. HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ - VEREDA SAN JOSE DE ORIENTE	86.567.000
12	CHOCO	RIOSUCIO	E.S.E. HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDÁN VALENCIA - VEREDA BRISAS/LA FLORIDA	86.567.000
13	CORDOBA	TIERRALTA	E.S.E. HOSPITAL SAN JOSÉ DE TIERRALTA - VEREDA GALLO	86.567.000
14	GUAVIARE	EL RETORNO	E.S.E. RED DE SALUD DE PRIMER NIVEL DEL GUAVIARE- VEREDA LA COLINA	173.134.000

		SAN JOSE DEL GUAVIARE	E.S.E. RED DE SALUD DE PRIMER NIVEL DEL GUAVIARE - VEREDA DE CHARRAS	173.134.000
15	LA GUAJIRA	FONSECA	E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA - VEREDA PONDORES	86.567.000
16	META	LA MACARENA	E.S.E. DEL DEPARTAMENTO DEL META SOLUCION SALUD - VEREDA LA YARI	173.134.000
		MESETAS	E.S.E. DEL DEPARTAMENTO DEL META SOLUCION SALUD - VEREDA LA GUAJIRA	86.567.000
		VISTAHERMOSA	E.S.E. DEL DEPARTAMENTO DEL META SOLUCION SALUD - VEREDA LA REFORMA/LA COOPERATIVA	86.567.000
17	NARIÑO	POLICARPA	E.S.E. CENTRO DE SALUD POLICARPA - VEREDA BETANIA	86.567.000
18	NARIÑO	TUMACO	E.S.E. CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO - VEREDA LA PLAYA	86.567.000
19	NORTE DE SANTANDER	TIBU	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL NORTE - VEREDA CAÑO INDIO	86.567.000
20	PUTUMAYO	PUERTO ASIS	E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE PUESTO ASIS - VEREDA LA PRADERA / LA CARMELITA	86.567.000
21	TOLIMA	PLANADAS	E.S.E. HOSPITAL CENTRO NIVEL I PLANADAS - VEREDA EL OSO	86.567.000
TOTAL				2.423.876.000

Fuente: Resolución 4073 de 2016

ii. Prestación de servicios de atención primaria en salud

El MSPS suscribió el Convenio marco FP-152-17 MPS-112-17 con el Fondo de Programas Especiales para la Paz - Fondo Paz, de la Presidencia de la República, que prevé la articulación de los recursos presupuestales de dicho fondo y técnicos de este ministerio. A su vez, facilita la contratación derivada para la atención en salud en ZVTN y PTN, incluyendo la contratación de atención en salud. Tal atención comprende: servicio médico y de auxiliar de enfermería, equipos biomédicos, dispositivos médicos y medicamentos básicos estipulados. Para el efecto, se cuenta con 26 ZVTN o PTN, actualmente ETCR, en los que hay contratos suscritos por Fondo Paz con las ESE, según la relación que se presenta a continuación en la **Tabla No. 30**:

Tabla No. 30
Contratos derivados suscritos por Fondo Paz con ESE para atención en salud en ZVTN y PTN

CONTRATO No.	NOMBRE CONTRATISTA
157-2017	E.S.E SOLUCIÓN SALUD
160-2017	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO-
161-2017	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 2
162-2017	E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
163-2017	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASÍS
164-2017	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
165-2017	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ
166-2017	ESE POPAYAN (CALDONO)
167-2017	ESE RED DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL SAN JOSE DEL GUAVIARE (COLINAS y CHARRAS)
168-2017	ESE MORENO Y CLAVIJO (ARAUQUITA)
174-2017	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL (SAN VICENTE DEL CAGUAN)
184-2017	ESE HOSPITAL DIVINO NIÑO (TUMACO)
248-2017	SUMAPAZ ESE (ICONONZO – LA FILA)
249-2017	ESE MARÍA INMACULADA (LA MONTAÑITA – CAQETÁ)

252-2017	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E CENTRO DE SALUD POLICARPA
258-2017	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE TIERRALTA
259-2017	ESE NORTE 1
279-2017	ESE HOSPITAL LOCAL ISMAEL RILDÁN VALENCIA DE QUIBDÓ
280-2017	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO
281-2017	ESE HOSPITAL SAN AGUSTÍN DE FONSECA
282-2017	ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE
283-2017	ESE HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO
294-2017	ESE HOSPITAL CENTRO DE PLANADAS

Fuente: Convenio interadministrativo FP- 152 y MSPS – 112 de 2017.

iii. Transporte Asistencial Básico - TAB o de evacuación fluvial

En desarrollo del Convenio marco mencionado anteriormente, también se efectuó la contratación de TAB o evacuación fluvial desde las ZVTN o PTN, actualmente ETCR, de acuerdo con el siguiente detalle de la **Tabla No. 31**.

Tabla No. 31
Contratos derivados suscritos por Fondo Paz con ESE para TAB y evacuación fluvial en ZVTN y PTN

CONTRATO No.	NOMBRE CONTRATISTA
254-2017	DEFENSA CIVIL COLOMBIANA (22 ETCR)
260-2017	ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASÍS (1 ETCR)
261-2017	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA (1 ETCR)
332-2017	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE TIERRALTA (1 ETCR con evacuación fluvial y TAB)
336-2017	ESE HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO (1 ETCR con evacuación fluvial)

Fuente: Convenio interadministrativo FP- 152 y MSPS – 112 de 2017.

27. Exponer avances en el fortalecimiento de los programas de salud rural, de atención primaria, y la atención psicosocial a las víctimas.

Respuesta:

AVANCES PROGRAMAS DE SALUD RURAL

A continuación se relacionan las asignaciones 2010 – 2017 (con corte a 30 de julio de 2017) realizadas a través de los rubros Plan Nacional de Salud Rural y Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud.

Tabla No. 32
Plan Nacional de Salud Rural

Tipos de Asignaciones	Cifras en millones de pesos								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total general
Apoyo en Programas en P y P	70		90				100		260
Apoyo Infraestructura en Salud	780	1.662	750	225	1.150	755	2.774	208	8.304
Dotación Equipo Médico	3.241	4.214	1.932	3.926	2.969	4.567	400	540	21.789
Otros (Planes de Contingencia, Vehículos extramurales, ETC)	150				227	410	3.081	457	4.325
Transporte Asistencial (TAB,TAM)	4.180	2.946	6.275	4.393	5.343	3.179	2.655	2.739	31.711
Unidad Médico Odontológica	295	155.	200	980	120	1.089	1.310	1.310	5.458

Total general	8.716	8.977	9.246	9.524	9.810	10.000	10.321	5.254	71.849
----------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------	---------------	--------------	---------------

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla No. 33
 Apoyo a programas de desarrollo de la salud

Cifras en millones de pesos									
Tipos de Asignaciones	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total general
Apoyo en Programas en P y P	140	-	7.500	-	580	870	5.261	398	14.749
Apoyo Infraestructura en Salud	150	307	6.908	15.524	1.500	26.145	22.735	900	74.168
Dotación Equipo Médico	1.295	1.238	5.755	12.579	218	11.624	8.822	-	41.531
Otros (Planta Eléctrica, Fortalecimiento CRUE)	449	168	-	500	640	1.130	144	500	3.531
Transporte Asistencial (TAB,TAM)	825	1.080	2.470	3.331	290	3.316	7.041	570	18.923
Unidad Médico Odontológica	-	160	310	1.200	-	739	4.341	540	7.290
Total general	2.859	2.953	22.942	33.134	3.228	43.824	48.344	2.908	160.191

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Con estos programas, el MSPS apoya proyectos e iniciativas que permitan mejorar la calidad de vida de la población pobre y sin capacidad de pago del país. Esto a través del desarrollo y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud para combatir la pobreza, desigualdad y que permitan dar acceso preferente a los servicios sociales del estado a la población más pobre y vulnerable de estas regiones del país. El programa “Salud Rural” se ejecuta en municipios con menos de 50 mil habitantes, y el de “Apoyo a programa de Desarrollo de la salud” en municipios con más de 50 mil habitantes.

AVANCES PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

En las respuestas a los interrogantes 5 y 16 del presente documento se señalaron los diferentes avances sobre esta temática.

AVANCES EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LAS VÍCTIMAS

El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas –PAPSIVI, liderado por el MSPS responde a las medidas de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial. Tiene como objetivo general *“mitigar el impacto y el daño a la integridad psicológica y moral, al proyecto de vida y a la vida en relación que los hechos de violencia generaron en las víctimas de Graves Violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario”*. Consta de dos componentes: la atención psicosocial y la atención integral en salud; el primero se centra en las afectaciones psicosociales y el segundo en las afectaciones físicas y mentales. A su vez, el programa cuenta con cuatro estrategias transversales, a saber: i) coordinación nación – territorio; ii) seguimiento y monitoreo; iii) participación de las víctimas del conflicto armado; y iv) desarrollo del talento humano. Lo anterior, acorde a lo definido en el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011⁶⁷, en donde se otorga la competencia a este Ministerio.

- **Componente de atención psicosocial del PAPSIVI**

⁶⁷ “Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”

El componente de atención psicosocial del PAPSIVI se define a través de la Estrategia de Atención Psicosocial y tiene como objetivo “favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generados a las víctimas, sus familias y comunidades, como consecuencia de las graves violaciones a los Derechos Humanos y las infracciones al Derecho Internacional Humanitario”. La misma incorpora el enfoque de derechos humanos, psicosocial, de curso de vida, diferencial, diferencial a personas con discapacidad, transformador, de acción sin daño y de acciones afirmativas.

La atención psicosocial del PAPSIVI se brinda en la modalidad individual, familiar, comunitaria y colectiva étnica (pueblo gitano y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras) y el proceso contempla los siguientes momentos: i) alistamiento y análisis de contexto; ii) focalización y priorización; acercamiento y reconocimiento; iii) inicio planes de trabajo concertados; y iv) valoración para el cierre.

En dicho marco, el componente de atención psicosocial inició su proceso de implementación en el año 2013 logrando a diciembre de 2016 la atención de 305.985 personas (únicas) (**Tabla No. 34**), su implementación en 24 entidades territoriales y en más de 220 municipios cada año. Así mismo, desde el Ministerio se ha contratado, en promedio cada año, a 800 profesionales capacitados en atención psicosocial, de los cuales aproximadamente el 20% son promotores psicosociales⁶⁸.

Tabla No. 34
Personas únicas atendidas por Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) – componente de Atención Psicosocial

Departamento	2013 - 2014	2015	2016
Antioquia	12.912	11.811	8.455
Arauca	2.079	2.342	3.541
Atlántico	6.954	5.162	4.840
Bogotá D.C.	588		350
Bolívar	6.113	7.263	11.009
Boyacá			690
Caquetá	567	513	3.141
Casanare	1.396	766	667
Cauca	3.409	3.652	4.214
Cesar	5.494		2.154
Choco	3.869	3.342	3.270
Córdoba	10.564	8.716	8.735
Cundinamarca	2.184	2.152	2.667
Guaviare	1.235	1.437	684
Huila	3.028	1.850	2.088
La Guajira	9.658	5.249	4.078
Magdalena	5.036	4.801	5.901
Meta	5.875	2.997	4.307
Nariño	8.409	10.347	11.682
Norte de Santander	2.028	2.317	3.457
Putumayo	1.714	1.877	1.713
Risaralda	584		1
Santander	6.130	2.464	2.461

⁶⁸ Los promotores psicosociales son personas víctimas con reconocimiento comunitario y elegidas por las mesas de participación efectiva de víctimas.

Sucre	1.458	225	1.584
Tolima	1.922		1.404
Valle del Cauca	3.761	11.899	14.515
Sin información	228		
Total anual	107.195	91.182	107.608
Total a la fecha			305.985

Fuente: MSPS.

Por su parte, en la Ley 1753 de 2015, su artículo 120 adicionó el párrafo al artículo 137 de la Ley 1448, estableciendo que la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación a Víctimas - UARIV, desarrollará “(...) acciones del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, a fin de avanzar en la rehabilitación y recuperación emocional con enfoque psicosocial de las víctimas, organizaciones y comunidades que han sufrido daño a causa del conflicto armado”. En dicho marco, la UARIV a través de la Estrategia de Recuperación Emocional a nivel Grupal – EREG desde el año 2012 logró brindar atención psicosocial a 121.280 personas (únicas) (Tabla No. 35).

Tabla No. 35
Consolidado cifras de atención a través la Estrategia de Recuperación Emocional a Nivel Grupal (EREG) por vigencias

Año	Número de Personas Únicas
Año 2012	565
Año 2013	24.789
Año 2014	31.835
Año 2015	34.091
Año 2016	30.000
Total	121.280

Fuente: Equipo Psicosocial – Dirección de Reparación - Unidad para las Víctimas

Dicho documento de política, estableció una meta de atención psicosocial para el periodo 2015-2018 de 490.000 personas víctimas atendidas psicosocialmente. En concordancia, durante los años 2015-2016, han sido atendidas 262.881 personas entre las dos entidades, lo que representa un avance del 54% de la meta del actual periodo presidencial.

De otra parte, el CONPES 3726 de 2012, estableció una meta de atención psicosocial de 3.000.000 de personas hasta el año 2021, al respecto se precisa que el MSPS y la Unidad para las Víctimas han atendido 427.265 víctimas (únicas), lo que representa aproximadamente un avance del 14%, respecto a la meta del CONPES.

Finalmente, para la vigencia 2017, por parte del Ministerio se proyecta la atención de 119.000 víctimas en 220 Municipios de 26 Departamentos, esperando llegar a un acumulado de 547.226 víctimas con procesos de atención psicosocial al cierre de la presente vigencia.

- Componente de atención integral en salud**

Desde el año 2013, el Ministerio, a través de procesos de asistencia técnica ha venido fortalecimiento a las Entidades Territoriales, con el propósito de garantizar la atención integral en salud con enfoque psicosocial y a finales del año 2015 buscó el apoyo del Instituto de Evaluación de

Tecnologías en Salud –IETS para la elaboración del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a víctimas del conflicto armado, documento que actualiza los lineamientos emitidos en el año 2012 y presenta indicaciones específicas a los actores del SGSSS para la incorporación del enfoque psicosocial y diferencial en la atención en salud a víctimas en marco del PAIS y del MIAS.

El Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial orienta las atenciones en salud como medida de asistencia y/o rehabilitación a las víctimas del conflicto armado y sus familias, incorporando acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación con enfoque psicosocial y diferencial, en el marco del SGSSS. En su proceso de implementación, el Ministerio adelantó 15 jornadas regionales de socialización en el año 2016, una jornada nacional con la participación de funcionarios de las secretarías de salud en 2017 y procesos de acompañamiento y asistencia técnica permanente a cuatro entidades (Antioquia, Nariño, Chocó y Bogotá), priorizados en la presente vigencia por el número de víctimas que residen en su territorio.

De acuerdo con la información reportada a través de los RIPS⁶⁹, se identificó que en la vigencia 2016, del total de 104.504 personas atendidas por PAPSIVI, 73.713 recibieron atenciones en salud dentro del SGSSS (**Tabla No. 36**). Lo anterior, refleja que el 70% del total de las personas recibieron atención en los dos componentes del Programa (psicosocial y de salud integral).

Tabla No. 36
Personas víctimas atendidas en salud dentro del SGSSS - Vigencia 2016

Departamento	Personas atendidas
05 – Antioquia	4,702
08 – Atlántico	3,033
11 - Bogotá, D.C.	2,739
13 – Bolívar	8,442
15 – Boyacá	299
17 – Caldas	116
18 – Caquetá	2,495
19 – Cauca	3,602
20 – Cesar	1,120
23 – Córdoba	3,884
25 – Cundinamarca	1,450
27 – Chocó	2,491
41 – Huila	1,986
44 - La Guajira	2,978
47 – Magdalena	3,602
50 – Meta	1,667
52 – Nariño	9,660
54 - Norte de Santander	1,396
63 – Quindío	91
66 – Risaralda	141
68 – Santander	1,302

⁶⁹ La identificación de las atenciones en salud a víctimas se realiza a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS), los cuales son consolidados por las EPS y remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social. Los RIPS tienen un rezago técnico de consolidación de datos en el SISPRO de entre 6 y 8 meses. Por lo anterior, la información que se reporte en este apartado es parcial.

70 – Sucre	1,383
73 – Tolima	748
76 - Valle del cauca	9,822
81 – Arauca	1,826
85 – Casanare	464
86 – Putumayo	1,826
88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1
91 – Amazonas	4
94 – Guainía	5
95 – Guaviare	122
97 – Vaupés	1
99 – Vichada	5
Sin información	310
Total general	73.713

Fuente: MSPS - RIPS

Decretos con fuerza de Ley – grupos étnicos

- **Decreto 4634 de 2011⁷⁰**. Entre 2015 y 2016 se formuló la propuesta de Modulo étnico del PAPSIVI para el pueblo Gitano en el componente psicosocial, el cual se socializó a cuatro Kumpaño y se recibió retroalimentación y validación. Para el 2017 se continua la socializando los lineamientos a las 6 Kumpaño restantes y se espera una validación final en el marco de la mesa de diálogo nacional del pueblo Gitano coordinada por Ministerio del Interior.
- **Decreto 4635 de 2011⁷¹**. Entre 2015 y 2016, se formuló la propuesta de Modulo étnico del PAPSIVI para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, en el componente psicosocial, el cual se espera socializar y validar en la Comisión tercera de salud con la población afrodescendiente en el 2017. Actualmente, se viene implementando con la comunidad de Guacoche en el Departamento del Cesar y se están adelantando acciones para implementarlo en la comunidad de Bojayá (Chocó).
- **Decreto 4633 de 2011⁷²**. Entre 2015 y 2016 se formuló y se concertó en el marco de la subcomisión de salud de la Mesa permanente de concertación la propuesta de Ruta de atención integral en salud, la cual recibió validación y retroalimentación técnica. Para el 2017 se acordó realizar la coordinación respectiva con la UARIV y la protocolización de la Ruta en la Mesa Permanente de Concertación en sesión formal.

▪ Formación y Cuidado del Talento Humano - PAPSIVI

Entre 2014 y 2016 el MSPS desarrolló cursos de formación al talento humano, a saber: i) atención con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, en el cual han participado 6.404 personas que hacen parte de los equipos psicosociales del PAPSIVI y equipos psicosociales de otras

⁷⁰ "Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y restitución de tierras a las víctimas pertenecientes al pueblo Rrom o Gitano"

⁷¹ "Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras"

⁷² "Por medio del cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de derechos territoriales a las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas"

instituciones del SNARIV en el nivel nacional y territorial. En el 2016 se desarrolló el curso ii) atención integral en salud con enfoque psicosocial, en el cual han participado 2.000 personas del sector salud, especialmente del nivel asistencia (médicos, enfermeras, EPS públicas y privadas y Hospitales), así como profesionales de las Direcciones Territoriales de Salud.

Así mismo, de manera permanente y desde el año 2013, se han desarrollado procesos de capacitación, acompañamiento técnico y seguimiento a los profesionales psicosociales del PAPSIVI que se encuentran en el nivel territorial con el propósito fortalecer el talento humano y mejorar la calidad de la atención psicosocial. Igualmente, de manera paralela, se han implementado acciones de cuidado emocional a todos los profesionales y promotores psicosociales (900 profesionales, promedio anual desde 2013) que hacen parte de los equipos psicosociales.

▪ **Participación de las víctimas del conflicto armado en el diseño e implementación del PAPSIVI**

Atendiendo lo definido en la mencionada Ley 1448 y sus decretos reglamentarios, desde el año 2013 el Ministerio viene desarrollando encuentros periódicos con la Mesa Nacional de Participación Efectiva de las Víctimas, las Mesas Departamentales y las Mesas Municipales, lo anterior con el fin de desarrollar procesos de construcción conjunta y seguimiento en la implementación del PAPSIVI.

El objetivo de dichos procesos es incentivar la participación de instituciones nacionales y territoriales, organismos nacionales e internacionales y organizaciones de sociedad civil con interés, mandato o compromiso en el tema, acompañantes de víctimas y principalmente las organizaciones de víctimas y las víctimas, en el proceso de construcción del PAPSIVI, de tal forma que se asegure el análisis y la retroalimentación informada del mismo y se propicie el empoderamiento de los y las servidoras públicas encargados de la atención integral con enfoque psicosocial y diferencial a las víctimas del conflicto armado.

Es en dicho proceso se ha logrado⁷³:

- 2013. Un Plenario Nacional y 25 jornadas con igual número de mesas departamentales.
- 2014. Un Plenario Nacional y 30 jornadas con igual número de mesas departamentales.
- 2015. Un Plenario Nacional y 22 jornadas con igual número de mesas departamentales.
- 2016. Participación⁷⁴ en un Plenario Nacional, 24 jornadas con igual número de mesas departamentales y 219 jornadas con igual número de mesas municipales.
- 2017. Un Participación Plenario Nacional, 26 jornadas con igual número de mesas departamentales y 215 jornadas, desarrolladas a la fecha, con igual número de mesas municipales.

▪ **Coordinación Nación – Territorio**

Con el propósito de lograr mecanismos de coordinación claros que brinden orientaciones técnicas, faciliten la coordinación en el ámbito nacional y territorial, ofrezcan herramientas procedimentales

⁷³ Entre 2013 y 2015 se logró una participación promedio anual de 500 víctimas y entre 2016 y 2017 se logró una participación promedio de 900 víctimas.

⁷⁴ En el año 2016, participamos en el Plenario Nacional desarrollado en Riohacha como invitados.

para la articulación en la implementación de las acciones que aporten a disminuir el daño causado por las dinámicas del conflicto armado sobre las víctimas en Colombia, la estrategia de coordinación y articulación Nación-Territorio del PAPSIVI se orienta por el principio de coordinación armónica contemplado en la Constitución Política.

Lo anterior nos ha permitido aunar esfuerzos y optimizar el uso de recursos humanos, administrativos y financieros para lograr mejores resultados, supone la concertación entre los distintos niveles y sectores de la administración nacional y territorial, con el objeto de que las autoridades locales asuman y cumplan sus responsabilidades frente a la atención integral. Dichas acciones contribuyen en la implementación y puesta en marcha del PAPSIVI, evidenciando avances, retrocesos o estancamientos en la implementación del mismo en cada uno de los municipios, distritos y departamentos del país.

Así mismo, en la presente vigencia se logró un aumento significativo en la asignación de recursos de concurrencia para la implementación del PAPSIVI por parte de las entidades territorial (**Tabla No 37**).

Tabla No. 37
Asignación Presupuestal Sector Salud – Implementación PAPSIVI

Año	ECAT – FOSYGA (72%)	Proyecto Inversión (15%)	Concurrencia ET (13%)	TOTAL	Personas Atendidas MinSalud	Personas Atendidas UARIV
2012	-	-	-	-	-	565
2013	20.000.000.000			20.000.000.000	107.195	24.789
2014	25.000.000.000			25.000.000.000		31.835
2015	15.000.000.000	4.926.164.474	1.733.471.968	21.659.636.442	91.182	34.091
2016	15.000.000.000	8.000.000.000	1.782.901.273	24.782.901.273	107.608	34.000
2017	16.000.000.000	6.370.000.000	13.274.380.132*	35.644.380.132	119.961**	-
TOTAL	91.000.000.000	19.296.164.474	16.790.753.373	127.086.917.847	425.946	125.280
TOTAL PERSONAS (Únicas) ATENDIDAS					547.226	

*Recursos asignados con corte julio de 2017

**Atención proyectada para el año 2017

28. Presentar un informe claro y conciso acerca de niveles de cumplimiento a las órdenes de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.

Respuesta:

Mediante Auto 411 de 2015, la Sala Especial de la Corte Constitucional, conformada por la Sala Plena en sesión del 1 de abril de 2009 para efectuar el seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, definió una metodología de valoración de las órdenes impartidas a través de la referida Sentencia. Dicha metodología busca analizar cada orden desde tres aspectos: las medidas, los resultados y los avances. La valoración en cada uno de los aspectos conlleva a que la Corte declare, frente a cada una de las órdenes: i) incumplimiento general, ii) nivel de cumplimiento bajo, iii) nivel de cumplimiento medio, iv) nivel de cumplimiento alto, y v) cumplimiento general.

Conforme a lo anterior, en CD adjunto se presenta un matriz que contiene, por cada una de las órdenes sujetas en la actualidad a seguimiento de la Corte Constitucional, con relación al MSPS, la

valoración otorgada por el Alto Tribunal, y una valoración por parte del Ministerio, con la explicación sobre ésta última.

29. Explicar los resultados de los indicadores de goce efectivo del derecho para evaluar la gestión de los actores del sistema.

Respuesta:

El seguimiento a la calidad en la atención de los servicios de salud en Colombia se ha realizado principalmente desde lo definido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - SOGC, enunciado en el Decreto 1011 de 2006⁷⁵. El MSPS ha elaborado diferentes normas que han permitido consolidar los cuatro componentes de este sistema: el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación, el Programa para el Mejoramiento de la Calidad y el Sistema de Información para la Calidad.

La Resolución 1446 de 2006⁷⁶ reglamentó para el Sistema de Información para la Calidad - SIC, un conjunto de indicadores para IPS y EAPB, los cuales eran de obligatoria implementación y reporte, centrados en aspectos relevantes como: i) oportunidad/accesibilidad, ii) calidad técnica, iii) gerencia del riesgo, y iv) satisfacción/lealtad, con el propósito de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base en la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad permitiendo materializar los incentivos de prestigio del SGSSS.

En la **Tabla No. 36** se presentan algunos resultados de los indicadores reglamentados en la precitada norma, y los cuales apuntan a los “elementos esenciales” de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad, con los cuales deben cumplir los indicadores de goce efectivo (Artículo 6 y 7 de Ley Estatutaria de Salud).

A partir del 5 de febrero de 2016, se publica la Resolución 256 de 2016⁷⁷ en la cual se actualiza el SIC, otorgándole un nuevo enfoque sistémico que propende hacia los resultados en salud, y disminuye el autorreporte de la información al contar con fuentes de información oficiales disponibles en SISPRO, así como con la plataforma PISIS para el reporte nominal de algunos indicadores.

Ahora bien, debido a que el nuevo SIC opera desde el segundo semestre de 2016 en adelante, momento en que entra en plena vigencia la implementación de la Ley Estatutaria de Salud, a partir de indicadores definidos en el nuevo SIC (Resolución 256) es que se va a estructurar el monitoreo de los elementos esenciales en salud en la mencionada ley. Por lo anterior, se formula, en la **Tabla No. 38**, la estructura específica para el monitoreo de la precitada ley, incluyendo algunos de sus primeros resultados.

⁷⁵ “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

⁷⁶ Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

⁷⁷ “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”

Tabla No. 38
Indicadores Resolución 1446 de 2006

	Indicador	2012	2013	2014	2015
EPS	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médica General	2,59	2,62	2,57	2,72
EPS	Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de Odontología General	2,99	2,65	2,45	2,48
EPS	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	35,12	63,29	67,65	65,16
EPS	Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino	76,74	66,63	78,14	74,22
EPS	Tasa de Satisfacción Global	57,45	87,56	82,67	85,70
IPS	Oportunidad de la Asignación de Citas en la Consulta Médica General	2,21	2,79	2,72	2,82
IPS	Oportunidad en la Atención en Consulta de Odontología general	2,82	2,99	2,78	2,83
IPS	Tasa de Reingreso de Pacientes Hospitalizados	1,42	1,69	1,35	1,45
IPS	Proporción de Pacientes con Hipertensión Arterial Controlada	36,85	39,93	45,87	63,24
IPS	Tasa de Satisfacción Global	87,53	73,61	16,74	78,24

Fuente: Información reportada por EPS a la SNS en el marco de la Resolución 1446 de 2006, Bodega SISPRO (cubos.sispro.gov.co), 11/05/2017 11:25AM.

Tabla No. 39
Nuevos Indicadores Resolución 256 de 2016

Elementos esenciales	Agente	Indicadores	Año 2016
Disponibilidad	IPS	Proporción de partos por cesárea	45,9%
		Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	57%
		Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), con diagnóstico de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)	0,90%
	EAPB	Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral	90,13%
		Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	61,63%
		Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de inmunodeficiencia Humano con Terapia Antirretroviral (TAR)	93,7%
	ETS	Prevalencia de Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en personas de 15 a 49 años	0,19%
Aceptabilidad	IPS	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	92,92
	EAPB	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la EPS	72,1%
Accesibilidad	IPS	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	2,91 días
		Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	119 minutos
		Proporción de menores de 5 años que cumplen el estándar de 5 días para el inicio de tratamiento de LAP	35,38%
	EAPB	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	3,03
		Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de	19,6 días

		Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)	
Calidad	IPS	Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre	32,3%
		Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto	46,6%
		Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	59,4 días
	EAPB	Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral	90,1%
		Proporción de pacientes diabéticos controlados	60,8%
		Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	50,3 días
	ETS	Prevalencia de Diabetes Mellitus	1,91%
		Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	9,11%

Fuente: Sistema de Información para la Calidad. Resolución 256 de 2016. Dispuestos en el Observatorio de Calidad de la Atención en salud. <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/>

IPS: Institución Prestadora de Salud EAPB: Entidad administradora de Planes de Beneficios ETS: Entidad Territorial en Salud

30. ¿Cuánto tiempo en promedio debe esperar un usuario del sistema de Salud para tener cita con médico general y con uno especialista?

Respuesta:

En la **Tabla No. 40** se muestran los datos del primer y segundo semestre de 2016:

Tabla No. 40
Indicadores de oportunidad en citas médicas

Especialidad	Resultado Semestre I	Resultado Semestre II
Medicina General	2,9 días	2,9 días
Odontología General	3,8 días	4,7 días
Pediatría	9,7 días	11,0 días
Ginecología	12,0 días	12,5 días
Obstetricia	8,2 días	9,3 días
Cirugía General	11,2 días	14,4 días
Medicina Interna	11,6 días	14,5 días

Fuente: Sistema de Información para la Calidad. Resolución 256 de 2016. Datos dispuestos en el Observatorio de Calidad en Salud. <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co>

31. ¿Cuál es la fórmula más viable para encontrar los recursos que puedan cubrir el déficit del sistema de Salud? ¿De dónde deberían salir los recursos que le hacen falta al sistema? ¿Qué nuevas fuentes de financiación se han propuesto?

Respuesta:

Antes de introducir alternativas sobre como cubrir el déficit del sistema de salud, este ministerio considera que el país requiere una reflexión sobre el comportamiento de los ingresos y gastos, así como las razones que explican el déficit del sistema de salud. Actualmente, el crecimiento de los ingresos es inferior al mostrado por los gastos, estos últimos se han incrementado como consecuencia de reconocimiento o extensión de beneficios en materia de prestaciones económicas y

el impacto en los costos que se genera con la introducción de nuevas tecnologías e innovación en salud.

En ese sentido, debe pensarse en la fijación de reglas fiscales en las cuales no se extiendan beneficios o reduzcan obligaciones dentro del sistema sin que se determinen los impactos y las nuevas fuentes de financiamiento que garanticen la sostenibilidad de esas decisiones en el tiempo.

Entre las opciones más viables para cubrir el déficit se requiere ajustar los ingresos fiscales y parafiscales que hoy financian el sistema. Al respecto es necesario considerar nuevas alternativas de financiamiento que garanticen un crecimiento cuya dinámica permita que, tanto en el mediano como en el largo plazo, se logre el equilibrio entre los ingresos y los gastos sin olvidar las reglas de sostenibilidad mencionadas anteriormente.

Adicionalmente, se debe continuar con el proceso de saneamiento de deudas y los respectivos mecanismos e instrumentos de liquidez de saneamiento. Con relación al saneamiento de deudas, las entidades territoriales y las IPS de Salud deberán realizar la depuración y conciliación permanente de sus cuentas por cobrar y pagar, y el saneamiento contable de sus estados financieros, así como la adopción prácticas contables y financieras transparentes.

En ese contexto, este ministerio definió los parámetros, términos y condiciones para realizar el proceso de depuración de cartera generada en derechos y obligaciones entre las IPS y las Entidades Responsables de Pago, el proceso de conciliación de glosas y el registro de certificados de reconocimiento de deudas que cobrará mérito ejecutivo una vez sea reconocida la cartera.

En cuanto a los mecanismos e instrumentos de liquidez, el MSPS ha definido una ruta para la recuperación y estabilización financiera del sector. Ante cualquier crisis es necesario establecer medidas de liquidez que permitan a los agentes operar y promover el fortalecimiento patrimonial y, transversalmente realizar los ajustes a los procesos financieros.

A continuación se relacionan las medidas para el saneamiento de cartera y mejoramiento del flujo de los recursos a favor de las IPS de Salud públicas y privadas:

A. Saneamiento de pasivos por la atención a la Población Pobre no Afiliada o por prestaciones no financiadas con cargo a la UPC. Deudas de Entidades Territoriales con prestadores de servicios de salud y EPS.

Las entidades territoriales departamentales, tienen como competencia asumir la prestación de los servicios de salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Estos servicios se financian con recursos del SGP y con un porcentaje de las rentas cedidas departamentales, entre otros. La prestación de los servicios No POS han generado deudas tanto con los prestadores de servicios de salud como con las EPS.

Con el fin de avanzar en los procesos de saneamiento se han venido destinando recursos importantes del Presupuesto General de la Nación, asignados a las entidades territoriales mediante cupos indicativos durante las vigencias 2011, 2012 y 2013; y en la vigencia 2011 los excedentes del subsidio familiar girados al FOSYGA por las Cajas de Compensación Familiar – CCF, antes del 15 de septiembre de 2011. De otro lado, con la expedición de la Ley 1608 de 2013 en cuyos artículos

2, 3 y 4 se habilitaron recursos de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado, excedentes de aportes patronales provenientes del proceso de liquidación de CAJANAL EPS y recursos de excedentes de rentas cedidas, respectivamente, para el pago de estas deudas.

En virtud de lo establecido en el artículo 3 de la Ley 1608 de 2013 se gestionó la recuperación de los recursos del patrimonio autónomo de CAJANAL EPS que se encontraban congelados y sin uso desde el año 2008. Los recursos por valor de \$70.548 millones, se distribuyeron a los departamentos y distritos mediante la Resolución 3243 de 2013⁷⁸, para el pago de las deudas por atenciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Subsidiado y la atención de la población pobre no asegurada. Estos recursos son girados por la Nación directamente a los prestadores de servicios de salud. De estos recursos se han girado \$64.209 millones con corte a 31 de julio de 2017(**Tabla No. 41**)

Tabla No. 41
Recursos asignados por la Nación y tramitados para giro, destinados al saneamiento de cartera de departamentos y distritos por prestación de servicios a población pobre no asegurada y eventos no incluidos en el POS subsidiado

Cifras en Millones de \$			
Vigencia	Total		
	Asignado	Tramitado para giro	% Ejecución
Total 2010	704.000	697.368	99,1%
Total 2011	469.876	447.649	95,3%
Total 2012	359.418	356.707	99,2%
Total 2013	70.548	64.209	91,0%
Gran total	1.603.842	1.565.933	97,6%

Fuente: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – 31 de Julio de 2017.
* Los recursos fueron asignados a ESE del departamento o distrito, para el pago de deudas de varios departamentos o distritos.

B. Uso de los Recursos de Excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado – Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013.

La Ley 1608 de 2013 tiene como objetivos posibilitar el uso de recursos del sector disponibles en los componentes de salud más necesarios, brindar liquidez a la red prestadora de servicios de salud, en particular a la red pública y contribuir al saneamiento de deudas (Municipio- Entidad territorial y EPS- Prestador).

De conformidad con los usos establecidos en el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, así como la obligación de reportar los planes de aplicación y ejecución de los recursos establecida en el artículo 12 de la precitada ley, este Ministerio expidió la Resolución 292 de 2013⁷⁹. En dicha resolución se establecieron los términos y condiciones para el reporte del plan de aplicación y ejecución de los

⁷⁸ "Por la cual se distribuyen los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, provenientes del proceso de liquidación de Cajanal EPS y se dictan otras disposiciones"
⁷⁹ "Por la cual se definen los términos y condiciones de reporte del plan de aplicación y ejecución de los recursos de que trata la Ley 1608 de 2013"

recursos excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado con corte a 31 de diciembre de 2012.

La información consistente relacionada con el uso de los excedentes de las cuentas maestras en el marco de los componentes autorizados por los artículos 2 y 21 de la Ley 1608 de 2013, está descrita en la **Tabla No. 42:**

Tabla No. 42
Plan de Aplicación Excedentes de Cuenta Maestra RS – Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013

Total	Cifras en Millones de \$	
	Valor	%
	1.395.472	100,00%

Fuente: entidad territoriales – Resoluciones 292 de 2013 y 2472 de 2014

Así mismo, en el marco de los artículos 2 de la Ley 1608 de 2013 y 21 de la Ley 1797 de 2016, las entidades territoriales debían reportar al 31 de diciembre de 2017 la información sobre la ejecución de los excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado. La información reportada, evidenció que la ejecución de excedentes en las cuentas maestras del Régimen Subsidiado asciende a \$900.780 millones.

A continuación, se presenta en la **Tabla No. 43** el comparativo entre los planes de aplicación y ejecución de los excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado:

Tabla No. 43
Ejecución de excedentes de Cuenta Maestra del Régimen Subsidiado – Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013

Uso	Cifras en Millones de \$		
	Valor	Ejecución	% de ejecución
Total	1.395.472	900.780	64,55%

Fuente: entidad territoriales – Resoluciones 292 de 2013 y 2472 de 2014.

Finalmente, es importante resaltar que la responsabilidad en la ejecución de estos recursos es enteramente de las entidades territoriales quienes cuentan con los mecanismos para la ejecución.

C. Pago de deudas del Régimen Subsidiado sobre contratos suscritos hasta marzo de 2011 - Decreto 1080 de 2012 y 058 de 2015. Deudas entidades territoriales con EPS.

El artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 (Ley del Plan de Desarrollo 2010 – 2014) estableció para el caso de las entidades territoriales que tienen deudas sobre contratos del Régimen Subsidiado, suscritos hasta marzo 31 de 2011, la posibilidad de que el Gobierno Nacional descontara de los recursos asignados a la entidad territorial por el Sistema General de Participaciones de Propósito General de Libre de Inversión, de regalías, del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera -FAEP y otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional, los valores requeridos para el pago de dichas deudas, en aras de salvaguardar la sostenibilidad del sistema y garantía de acceso a los afiliados.

Con la expedición del Decreto 1080 de 2012⁸⁰ se reglamentó la Ley del Plan de Desarrollo, estableciendo que las entidades territoriales debían determinar las deudas con las EPS con quienes suscribieron los contratos de Régimen Subsidiado y pagar la deuda con los recursos de la cuenta maestra del Régimen Subsidiado. A través del artículo 5 de la Ley 1608 de 2013, se autorizó al MSPS para disponer por una sola vez de recursos del FOSYGA hasta por un monto de \$150.000 millones para que las entidades territoriales pudieran atender las deudas reconocidas no pagadas del Régimen Subsidiado en virtud de lo establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos.

Así mismo, para el saneamiento de las deudas del Régimen Subsidiado, se había dispuesto en la Ley del Plan de Desarrollo, la utilización de los ahorros del FAEP. El desahorro de estos recursos estaba previsto para realizarse en un horizonte de 8 años. Dado que el proceso del señalado Decreto 1080 permitió la identificación de deudas en el 2012, el artículo 6 de la Ley 1608 de 2013 posibilitó anticipar el desahorro a un año. Con este propósito se expidió el Decreto 1849 de 2013⁸¹, con el cual se estableció el procedimiento de giro de los recursos del FAEP. En este contexto, el Ministerio gestionó el desahorro ante la Agencia Nacional de Hidrocarburos y los recursos son girados a los prestadores de servicios de salud.

Por otro lado, se expidió el Decreto 58 de 2015⁸² para que las entidades que dejaron de reportar la información de las deudas reconocidas y no pagadas de los contratos de Régimen Subsidiado realizados hasta marzo del 2011 o que habiendo reportado ante el Ministerio se evidenciaron diferencias en los valores reportados por las EPS-S, o que aclararon, reconocieron y conciliaron deudas con las EPS-S con posterioridad de la entrada en vigencia del Decreto 1080 de 2012, pudieran reportar siguiendo el procedimiento allí definido.

Con la Resolución 1302 de 2012⁸³ y la Resolución 260 de 2015, se estableció para las entidades territoriales y las EPS el reporte de la información sobre estos procesos cuyo resultado se muestra en la siguiente **Tabla No. 44**:

Tabla No. 44
Resultados – Decreto 1080 de 2012 y 058 de 2015

Cifras en millones de \$

Decreto	Información reportado por la EPS			Valor deudas reconocidas no pagadas		Valor de la deuda reconocida no pagada (menor valor)*
	Deuda Reconocida ET	Valor Deudas Pagadas Cuenta Maestra	Valor No Reconocido por la ET	Reportado por Entidad Territorial	Reportado por EPS	
1080 de 2012	530.609	105.775	218.714	359.698	424.829	320.847
058 de 2015	-	-	67.917	59.261	70.784	29.174

Fuente: Entidades Territoriales y EPSS. Resolución 1302 de 2012 y Anexo 1 y 2 de la Resolución 260 de 2015.

*Se descontaron \$866 millones reportados por el municipio de San Andrés de Sotavento (Córdoba), toda vez que la información reportada no correspondía a deudas reconocidas en el marco del Decreto 1080 de 2012.

⁸⁰ "Por el cual se establece el procedimiento para el pago de las deudas del Régimen Subsidiado de Salud"

⁸¹ "Por el cual se establece el procedimiento de giro de los recursos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera – FAEP"

⁸² "Por el cual se establecen disposiciones en cuanto al procedimiento para el pago de deudas del Régimen Subsidiado de Salud"

⁸³ "Por la cual se establecen los formatos y requerimientos de que trata el artículo B del Decreto 1080 de 2012"

En el marco de los Decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015, con corte al 31 de julio de 2017, el estado de las deudas de los municipios es el que se indica en la **Tabla No. 45**:

Tabla No. 45
Estado Actual Deudas Reconocidas No Pagadas – Decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015

Cifras en millones de \$

AVANCE ESTADO DE DEUDA - DECRETOS 1080 DE 2012 Y 058 DE 2015									
Decreto	Valor de la deuda reconocida no pagada (menor valor)	Total deuda pagada cuentas maestras o cruce de cuentas	Total asignación recursos Fosyga (artículo 5 ley 1608 de 2013)	Total faep	SGP 2014 - 2017	Regalías	Lotto en línea 2014 - 2017	Deuda a 31 de Julio 2017	% pagado
1080 DE 2012	320.847	37.844	119.915	41.355	74.912	224	18.897	27.701	91,37%
058 DE 2015	29.174	235	8.422	39	7.546	-	3.264	9.668	66,86%

Fuente: Municipios Departamento de Boyacá y EPS. Resolución 1302 de 2012 y Anexo 1 y 2 de la Resolución 260 de 2015.

Así mismo, se indica que se han girado recursos a las IPS en el marco del Decreto 1080 de 2012 por valor de \$238.915 millones, de los cuales 3% fueron girados a la red mixta, 7 % a la red privada y 90% a la red pública. Y en el marco del Decreto 058 se han girado recursos por valor de \$14.743 millones de pesos, de los cuales 3% fueron girados a la red mixta, 9% a la red privada y 88% a la red pública.

D. Giro Directo Régimen Subsidiado

El MSPS ha implementado algunas medidas que han mejorado el flujo de los recursos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En primer lugar, es importante mencionar que con la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 971 de 2011⁸⁴, posibilitaron el instrumento jurídico de giro directo de los recursos que financian y cofinancian la UPC del Régimen Subsidiado.

A partir del artículo 6 del Decreto 971, este ministerio expidió la Resolución 2320 de 2011⁸⁵, modificada por la Resolución 4182 de 2011⁸⁶, que determinó el mecanismo de reporte por parte de las EPS de la información que permita el giro directo de los recursos que financian la UPC a las IPS, fijando los plazos y reglas para la materialización del mismo. Posteriormente, el MSPS expidió la Resolución 1587 de 2016⁸⁷. En la siguiente **Tabla No. 46** se muestra la evolución del giro directo a IPS, proveedores y EPS.

⁸⁴ “Por medio del que se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, se establecen medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones”

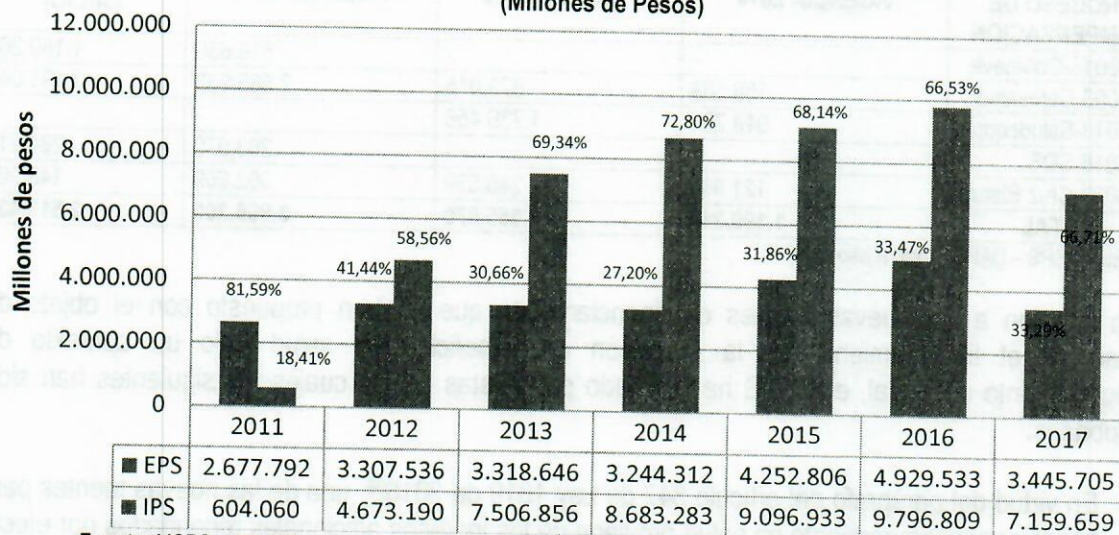
⁸⁵ “Por medio de la cual se establece el mecanismo de reporte de la información por parte de las Entidades Promotoras de Salud relacionada con los montos a girar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones”

⁸⁶ “Por medio de la cual se modifica la Resolución 2320 de 2011 y se dictan otras disposiciones”

⁸⁷ “Por medio de la cual se establece el mecanismo para que las Entidades Promotoras de Salud que operan el Régimen Subsidiado reporten los montos a girar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones”

Tabla No. 44

Evolucion Giro Directo a IPS, Proveedores y EPS 2011-2017 (Agosto)
(Millones de Pesos)



Fuente: MSPS y ADRES.

De lo anterior, se encuentra que se han girado \$47,5 billones directamente a los prestadores de servicios de salud y proveedores entre los años 2011 y 2017 (Agosto). Adicionalmente, se precisa que en el período de agosto de 2017 se alcanzó el giro a las IPS directamente desde la Nación equivalente al 69%, sobre los recursos del Régimen Subsidiado.

E. Giro directo de la UPC reconocida a las EPS de Régimen Contributivo en medida de vigilancia especial

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 SNS podrán efectuar el giro directo de al menos el 80% de la UPC reconocida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a través del FOSYGA.

En este contexto, 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 con fecha de corte a julio de 2017, es de \$10.536.041 millones. Con esta medida se han beneficiado 2.569 IPS y 10 proveedores a nivel nacional.

A continuación, en la **Tabla No. 47** se presentan los valores girados a las IPS y proveedores en nombre de las EPS, en el marco del artículo 10 de la Ley 1608 de 2013:

Tabla No. 47
Giros a IPS y proveedores sin situación de fondos

Cifras en Millones de \$

80% UPC NETA - PROCESO DE COMPENSACION	VIGENCIA 2014	VIGENCIA 2015	VIGENCIA 2016	VIGENCIA 2017 (JULIO)
EPS0016-Coomeva	-	-	816.630	1.189.266
EPS003-Cafesalud	158.508	573.015	2.585.932	1.191.043
EPS013-Saludcoop	918.794	1.736.456	-	-
EPS018-SOS	-	-	263.070	284.219
EPS023-Cruz Blanca	121.938	245.599	302.669	148.904
TOTAL	1.199.240	2.555.070	3.968.300	2.813.432

Fuente: MSPS – DAPS. Corte a julio de 2017.

Con relación a las nuevas fuentes de financiamiento que se han propuesto con el objeto de garantizar el financiamiento de la extensión de beneficios en salud bajo un contexto de aseguramiento universal, el MSPS ha diseñado propuestas de las cuales las siguientes han sido aprobadas:

- En virtud del párrafo del artículo 347 de Ley 1819 de 2016⁸⁸, una de las nuevas fuentes para financiar el aseguramiento en salud proviene de los ingresos adicionales recaudados por efecto del aumento de la tarifa del impuesto al consumo de cigarrillos, los cuales se estiman en cerca de \$250.000 millones para el año 2017.
- Derivado también de la Ley 1819, en su artículo 184, se consideran 0,5 puntos de la nueva tarifa general del impuesto sobre las ventas (19%) para la financiación del aseguramiento del SGSSS, por esta nueva fuente se recibirán \$800.000 millones para el año 2017.
- Así mismo en virtud de la Ley 1816 de 2016⁸⁹, por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores (...), se espera un recaudo adicional cercano a los \$70.000 millones para el año 2017.

De parte del MSPS se hicieron propuestas adicionales que no fueron aprobadas en su momento, entre ellas estaba del impuesto a las bebidas azucaradas, por la cual se esperaba recaudar cerca de \$1,89 billones y una modificación de los porcentajes de cotización de aportes de salud de parte de los empleados con mayores ingresos de esta forma: quienes ganaban entre 4 y 8 salarios mínimos deberían aportar 0.25 % de su sueldo al sistema de salud; entre 9 y 14 salarios aportarían 0.6 %; entre 14 y 19 salarios mínimos aportarían 0.95%; entre 19 y 23 salarios aportarían 1.30 %; y entre 23 y 25 salarios aportarían 1.65 % de su sueldo. A través de esta última propuesta se esperaba un recaudo adicional de \$350.000 millones anuales.

Finalmente, es importante mencionar que en los últimos años el SGSSS, pese a que ha mantenido una estructura de fuentes casi estática, no solo ha venido reconociendo la inclusión de nuevas tecnologías y nuevos medicamentos, aunado a un incremento en la demanda de servicios, sino también el aumento en los beneficios de las prestaciones económicas, como es el aumento en las semanas de licencia de maternidad (las cuales pasaron de 14 a 18), y el aumento de los costos de

⁸⁸ "Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones".

⁸⁹ "Por el cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones"

las incapacidades de enfermedad general los cuales han ido aumentando año tras año, máxime cuando ahora el sistema debe reconocer las incapacidades superiores a los 540 días continuos en virtud del segundo literal a) de la Ley 1753 de 2015.

32. Informar cuántos se han recaudado gracias a la pasada reforma tributaria (Ley 1819 de 2016) con destino a la financiación del sistema de salud.

Respuesta:

La Ley mencionada 1819 estableció dos fuentes o rentas nuevas de financiación adicionales para el sector salud así:

1. El impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado (artículo 347), en el que se especifica que los recursos adicionales por concepto de la tarifa adicional de \$700 deben ser destinados a financiar el aseguramiento en salud, razón por la cual se estimó un recaudo de \$250.000 millones para el año 2017, renta que a la fecha está en proceso de recaudo por parte de las entidades territoriales.
2. Asimismo, se modificó el impuesto al valor agregado, a través del artículo 184, generando una nueva fuente para el sector salud. En este artículo se define un aumento del 3% al impuesto sobre las ventas, pasando del 16% al 19%. A partir del año gravable 2017, 0.5 puntos del recaudo de este impuesto será destinado a financiar el aseguramiento en el marco del SGSSS. Recursos que fueron adicionados mediante la Ley 1837 de 2017⁹⁰, por valor de \$800.000 millones.

33. En la intervención del Ministro de Salud durante el debate de control político en agosto del año 2015, se hizo referencia a medidas para aumentar la liquidez. Al respecto informar sobre:

A. Reglamentación subcuenta de garantías. ¿Qué implementación y resultados ha tenido?

Respuesta:

La Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga, reglamentada mediante el Decreto 1681 de 2015, implementó distintos mecanismos que han generado una inyección de recursos al sistema, con el fin de beneficiar tanto a los prestadores como promotores de salud y, solucionar el problema de liquidez que presentan estas entidades. A continuación se detallan cada uno de ellos:

➤ **Línea de Crédito con Tasa Compensada – Findeter**

Esta línea se explicó ampliamente en interrogantes anteriores.

➤ **Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones – Bocas**

⁹⁰ "Por la cual se efectúan unas modificaciones al presupuesto general de la nación para la vigencia fiscal de 2017"

El artículo 10 del mencionado Decreto 1681 estableció la posibilidad para que este Ministerio, a través de la Subcuenta de Garantía de Salud, adquiriera títulos de deuda subordinada para el fortalecimiento patrimonial de las EPS.

En este sentido, el artículo 8 del citado decreto establece la adquisición de títulos emitidos por las EPS, para su fortalecimiento patrimonial, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA, o quien haga sus veces, en este sentido, el MSPS podrá adquirir títulos representativos de deuda subordinada emitidos por dichas entidades.

Esta operación fue llevada a cabo entre el MSPS y Cafesalud EPS por valor de \$200.000 millones, la cual permitió generar liquidez a varios prestadores y proveedores de servicios de salud de la red de dicha EPS, sin que se hubiera puesto en riesgo la estabilidad financiera del sistema.

➤ **Compra de Cartera**

El artículo 9 de la Ley 1608 de 2013 autorizó la compra directa de cartera de prestadores de servicios de salud a través de la Subcuenta de Garantías del FOSYGA, que fue creada mediante el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011⁹¹. En desarrollo de esta norma, se expidieron las Resoluciones 3239 de 2013⁹², 889, 3029 y 5376 de 2014, mediante las cuales se reglamentó el procedimiento, los criterios, las condiciones y plazos para la compra directa de cartera a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías del FOSYGA. Así mismo, se establecieron las condiciones de devolución de los recursos a la subcuenta, por parte de las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado y las CCF que administren este último régimen. Se precisa que la estrategia de compra de cartera no solo ha permitido generar liquidez a los prestadores de servicios de salud, sino que también se ha logrado avanzar en el saneamiento de deudas del sector.

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 durante el período comprendido entre año 2004 al 2016.

Durante la vigencia 2013 se aprobaron 193 operaciones de compra de cartera por un monto de \$292.565 millones. Durante la vigencia 2014 se aprobaron 707 operaciones de compra directa de cartera por valor de \$744.540 millones. Durante la vigencia 2015, se aprobaron 728 operaciones por valor de \$487.988 millones. Así mismo, al 31 de diciembre de 2016 se aprobaron 188 operaciones por valor de \$92.420 millones. El total de operaciones realizadas entre el año 2013 al 2016 (Diciembre) asciende a \$1 billón 617 mil 513 millones, de los cuales se han visto beneficiadas 415 IPS y que deberán pagar 26 EPS. En las **Tablas No. 48 y 49** se detalla lo anterior:

⁹¹ "Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social"

⁹² "Por la cual se reglamenta el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011"

Tabla No. 48
Operaciones Aprobadas por Régimen

(Cifras en Millones de \$)			
Régimen	Cantidad de Operaciones	Valor Aprobado	% Participación
Contributivo	1.196	\$847.687	52,4%
Subsidiado	620	\$769.826	47,6%
Total	1.816	\$1.617.513	100,0%

Fuente: DFS - MSPS.

Tabla No. 49
Operaciones Aprobadas por Tipo de Entidad

(Cifras en Millones de \$)			
Tipo de Entidad	Cantidad de Operaciones	Valor Aprobado	% Participación
Privada	717	\$790.475	48,9%
Pública	1.060	\$728.024	45,0%
Mixta	39	\$99.015	6,1%
Total	1.816	\$1.617.513	100,0%

Fuente: DFS - MSPS.

B. Ampliación de la compra de la cuenta de cartera. ¿Cuántos recursos de las cajas de compensación familiar se han percibido para el sistema de salud y cuál ha sido su destinación?

Respuesta:

A la fecha se están identificando nuevos recursos que se puedan destinar a la operación de compra de cartera, operación que a partir del 1 de agosto de 2017 será responsabilidad de la Administradora de los Recursos del SGSSS – ADRES, de acuerdo a lo establecido en el numeral 6 del artículo 3 del Decreto 1429 de 2016⁹³.

El artículo 217 de la Ley 100 de 1993 estableció que: “*las cajas de compensación familiar destinarán el 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran, para financiar el régimen de subsidios en salud, salvo aquellas cajas que obtengan un cuociente superior al 100% del recaudo del subsidio familiar del respectivo año, las cuales tendrán que destinar un 10%. La aplicación de este cuociente, para todos sus efectos, se hará de acuerdo con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 49 de 1990, y a partir del 15 de febrero de cada año*”.

En este sentido, las CCF que no administran el Régimen Subsidiado deben girar los recursos a la subcuenta de solidaridad del fondo de solidaridad y garantía, mientras que las CCF que administran el Régimen Subsidiado administran directamente estos recursos.

En este contexto, se tiene que para las vigencias 2016 y 2017 (con corte a julio de 2017) el recaudo por este concepto asciende a \$652.446 millones, tal como se muestra en la **Tabla No. 50** a continuación:

⁹³ “Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES- y se dictan otras disposiciones”

Tabla No. 50
Recaudo 2016 y 2017

CONCEPTO DEL RUBRO - COMPENSACIÓN	RECAUDO ENERO A DICIEMBRE - 2016	RECAUDO ENERO A JULIO - 2017*	TOTAL
Cajas de Compensación Familiar -Ley 100 de 1993 CSF (No administran RS)	380.614.805.839	235.389.720.390	616.004.526.230
Cajas de Compensación Familiar -Ley 100 de 1993 Apropriación Directa UPC RS	18.643.391.159	17.798.355.712	36.441.746.871
TOTAL	399.258.196.998	253.188.076.102	652.446.273.100

Fuente: Información ejecución presupuestal Fosyga.

Por otro lado, el artículo 36 de la Ley 1837 de 2017, estableció que las CCF que administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud, podrán usar los recursos destinados al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante - FOSFEC que a diciembre 31 de 2016 no hayan sido ejecutados, para el saneamiento de pasivos con prestadores de servicios de salud y/o cumplimiento de condiciones financieras aplicables a las EPS, así como para nuevos proyectos de aseguramiento en salud. En este sentido, el MSPS expidió la Circular 028 de 2017, a través de la cual se solicitó a las CCF el reporte de la destinación de estos recursos, a más tardar el 15 de septiembre de 2017.

C. ¿Cuáles son las acciones para profundizar los mecanismos que el Ministerio de Salud tiene a su disposición en aras de actualizar y mejorar el sistema de Salud?
Hacer referencia especial en:

- **Campañas de Promoción y prevención:**

Ley Estatutaria de Salud amplía de manera sustancial el contexto de la salud al incluir las acciones intersectoriales requeridas para afectar los determinantes sociales (artículo 9), lo que implica reivindicar las intervenciones que propendan por ganancias en salud a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.⁹⁴

Conforme a lo anterior, la mencionada política PAIS adoptada por medio de la Resolución 429 atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.⁹⁵

En el numeral 5.2. de dicha Resolución, se especifica que la herramienta obligatoria *“que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, son las RIAS, las cuales incluyen “las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla,*

⁹⁴ Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de Salud al servicio de la gente”. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Enero de 2016.

⁹⁵ Artículo 1º. Resolución 429 de 2016

así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación".

En desarrollo de la señalada política y con el objetivo de "regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad", éste Ministerio adoptó un grupo de RIAS⁹⁶, dentro de las cuáles se encuentra la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, la cual:

"comprende acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades, mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones; la protección específica y la educación para la salud. Esta ruta se aplica para toda la población residente en el territorio".

De acuerdo a lo anterior, actualmente el Ministerio adelanta la expedición de los lineamientos operativos para la ejecución, monitoreo y evaluación de las RIAS para la promoción y mantenimiento y la atención materno perinatal e implementa acciones de asistencia técnica a las Entidades Territoriales para contribuir a la garantía de la atención integral en el marco de las mismas.

- **Política farmacéutica:**

Con el objetivo de contribuir al logro de los resultados en salud de la población colombiana a través del acceso equitativo a medicamentos efectivos y la prestación de servicios farmacéuticos de calidad, bajo el principio de corresponsabilidad de los sectores y agentes que inciden en su cumplimiento. La Política Farmacéutica Nacional - PFN, ha planteado 10 estrategias a través de las cuales se busca mejorar el acceso, oportunidad de dispensación, calidad y uso adecuado en función de las necesidades de la población independientemente de su capacidad de pago.

En este sentido desde su expedición la PFN y en el marco de la Ley Estatutaria en Salud, ha permitido el desarrollo de instrumentos regulatorios basados en la referenciación internacional de precios, la eliminación de algunas barreras de entrada innecesarias a la comercialización de medicamentos biosimilares, la promoción del uso racional de medicamentos y el fortalecimiento de la capacidad técnica para la evaluación de tecnologías en salud con el fin de discernir el valor terapéutico de las nuevas tecnologías.

En cumplimiento de dichas estrategias el MSPS desde la expedición de la Ley Estatutaria de Salud ha realizado las siguientes actividades y acciones:

➤ **Regulación de Precios de Medicamentos:**

⁹⁶ Res.3202 de 2016, Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones.

En desarrollo de la PFN y de las facultades de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se han expedidos desde la expedición de la Ley Estatutaria de Salud, las Circulares que se relacionan a continuación en materia de medicamentos:

Circular 01 de 2016. "Por la cual se autoriza el ajuste por la variación del índice de precios al consumidor – IPC para los precios regulados de medicamentos en la Resolución 0718 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social".

Circular 02 de 2016. "Por la cual se autoriza el ajuste por variación del índice de precios al consumidor - IPC de los precios de los estents coronarios medicados regulados a través de la Circular 01 de 2015 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos".

Circular 03 de 2016. "Por la cual se establece una metodología que regule precios de medicamentos en situaciones excepcionales en las que se haya declarado el interés público".

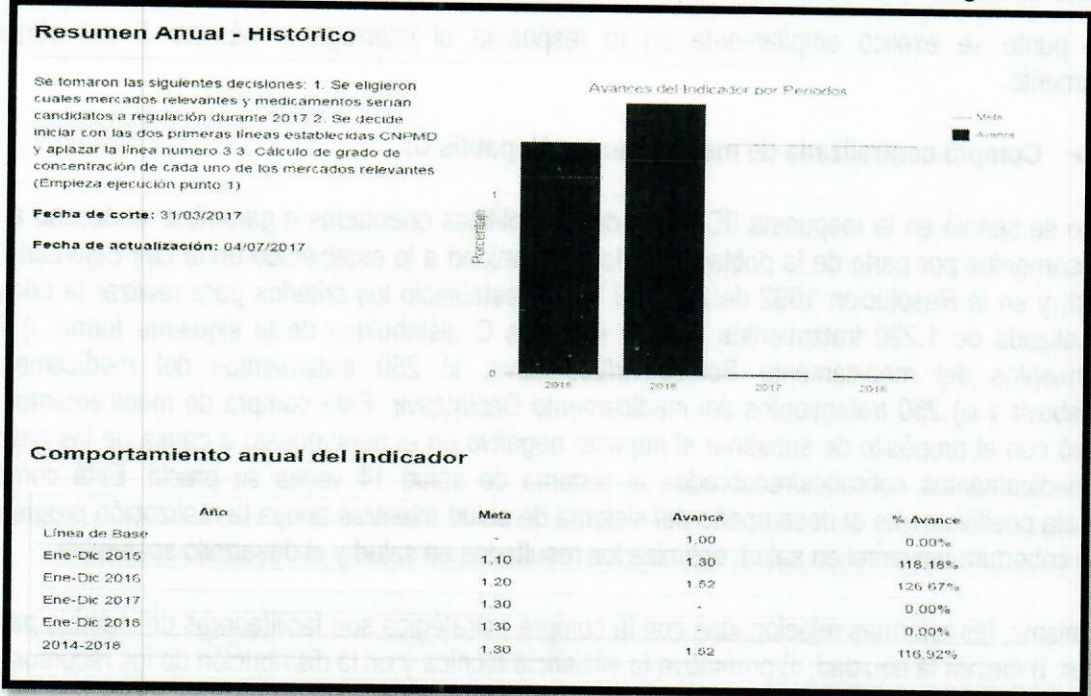
Circular 04 de 2016. "Por la cual se incorpora un medicamento al control directo de precio con base en la metodología establecida en la circular 03 de 2016 y se fija su precio máximo de venta"

Circular 01 de 2017. "Por la cual se autoriza el ajuste por la variación del índice de Precios al Consumidor -IPC para los precios de los medicamentos regulados en la Circular 01 de 2016, de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médico y se dictan otras disposiciones".

Cabe resaltar que se ha realizado control directo a 863 medicamentos; 585 de estos incluidos en el Plan de Beneficios y 278 No POS, traduciéndose en una reducción aproximada del 42% en los precios que tenía cada medicamento y un ahorro acumulado al sistema de salud Colombiano estimado de \$1,52 billones para el periodo de la regulación, lo que evidencia que la regulación de precios de medicamentos se ha convertido en una estrategia esencial para la contención del gasto y para la sostenibilidad financiera del sistema.

Adicionalmente, se estima que con la expedición de la nueva circular en la presente anualidad se obtengan ahorros cercanos de \$0.3 billones, caracterizados por una intervención proactiva al incorporar mercados relevantes de nuevas moléculas que ingresaron al mercado en los últimos 10 años. La regulación de precios de medicamentos se puede consultar a través de siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/medicamentos-regulacion-precios.aspx>

Ilustración 1
Resultados Indicador Ahorros al sistema de salud por control de precios de tecnologías en salud



Fuente: Sistema de información de precios de medicamentos. SIMED.

Actualmente, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos se encuentra en proceso de regulación para la incorporación de cerca de 220 nuevos medicamentos al régimen de control directo de precios.

➤ **Regulación de dispositivos médicos:**

Así mismo, en desarrollo de la PFN y de las facultades de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se han expedidos desde la expedición de la Ley Estatutaria en Salud, las Circulares que se relacionan a continuación en materia de dispositivos médicos:

Circular 01 de 2015. “Por la cual se interviene en los mercados de dispositivos médicos, se establece un régimen de libertad vigilada para estos productos y se someten uno estents coronarios a control directo”.

Circular 02 de 2015. “Por la cual se hacen unas modificaciones y aclaración a la Circular 01 de 2015”.

Circular 02 de 2016. “Por la cual se autoriza el ajuste por variación del índice de Precios al Consumidor – IPC de los precios de los estents coronarios medicados regulados a través de la Circular 01 de 2015 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos”.

Circular 02 de 2017. “Por la cual se incorpora al Régimen de Libertad Vigilada los dispositivos médicos anticonceptivos, se sustituye el Anexo Técnico No. 1 contenido en la Circular 01 de 2015 y se dictan otras disposiciones”.

➤ **Fortalecimiento puerta de entrada de medicamentos en Colombia:**

Este punto se explicó ampliamente en la respuesta al interrogante número 5 del presente documento.

➤ **Compra centralizada de medicamentos Hepatitis C:**

Como se señaló en la respuesta 9C, parte de las políticas orientadas a garantizar el acceso a los medicamentos por parte de la población y de conformidad a lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud, y en la Resolución 1692 de 2017, el MSPS estableció los criterios para realizar la compra centralizada de 1.220 tratamientos para la Hepatitis C distribuidos de la siguiente forma: i) 720 tratamientos del medicamento Sofosbuvir/Ledipasvir, ii) 250 tratamientos del medicamento Sofosbuvir y iii) 250 tratamientos del medicamento Daclatasvir. Esta compra de medicamentos se realizó con el propósito de subsanar el impacto negativo en el presupuesto a causa de los precios de medicamentos cobrados/recobrados al sistema de salud 14 veces su precio. Esta compra, impacta positivamente el desempeño del sistema de salud mientras apoya la realización progresiva de la cobertura universal en salud, optimiza los resultados en salud y el desarrollo sostenible.

Así mismo, las reformas relacionadas con la compra estratégica son facilitadoras del cambio para el sector: i) mejora la equidad, ii) promueve la eficiencia técnica y en la distribución de los recursos y iii) asegura la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Cabe resaltar que la compra de dichos medicamentos se realizó a través del Fondo Rotatorio Regional de la OPS con quien este Ministerio tiene un acuerdo de participación desde el año 2010 convenio desde para la adquisición de productos estratégicos de salud Pública. Cabe resaltar que con esta compra el ahorro estimado para el 2017 es de \$292 mil millones, que mejoraran la eficiencia y contribuirán con asegurar la sostenibilidad del sistema. Proceso que se puede consultar en el link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/negociacion-y-compra-centralizada-de-medicamentos.aspx>

➤ **Medicamentos a un clic: Lanzamiento de herramienta web**

Herramienta desarrollada en el marco de la PFN, contó con el apoyo del proyecto Anti-Corrupción y Transparencia de la Unión Europea - ACTUE para Colombia. Proporciona a los prescriptores, profesionales de la salud, jueces y agentes del SGSSS, como a la comunidad en general, información actualizada y de calidad sobre los medicamentos. Esta estrategia ha tenido gran impacto y ha sido caracterizada como una de las iniciativas de transparencia emprendidas por el sector salud. Publicada en la página www.medicamentosauunclic.gov.co. El lanzamiento de la mencionada herramienta se realizó el 16 de noviembre de 2016.

➤ **Reglamentación Decreto 1782 de 2014:**

En el marco de la reglamentación del mencionado decreto que regula los medicamentos de origen biológico y biotecnológico y de la política farmacéutica nacional, se han expedido las siguientes guías: Resolución 3690 de 2016⁹⁷, Resolución 4490 de 2016⁹⁸ y la Resolución 553 de 2017⁹⁹. El

⁹⁷ "Por la cual se expide la Guía de Estabilidad de Medicamentos Biológicos"

precitado decreto y su reglamentación son un componente importante de la política de medicamentos de Colombia, ya que establece estándares de calidad protegiendo así la salud pública y fortaleciendo la promoción de la competencia en cumplimiento de los principios y metas de la Política Farmacéutica Nacional. Publicadas en la página www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/biologicos-biotecnologicos.aspx

➤ **Sueros antiofidicos:**

Como parte de las estrategias de acceso y disponibilidad de medicamentos planteadas en el CONPES 155 de PFN se expidió el Decreto 821 de 2017¹⁰⁰, lo que permite a la población Colombiana que afronta la problemática de ofidiotoxicosis tener acceso a este tipo de medicamentos en función de sus necesidades.

➤ **Productos fitoterapéuticos:**

En atención a que la PFN contempla los productos a base de plantas y recursos naturales, el MSPS se encuentra trabajando en el proyecto normativo para la obtención del registro sanitario de productos fitoterapéuticos, para lo cual se han realizado socializaciones del proyecto de decreto que ya ha surtido la etapa de consulta pública nacional.

Esta reglamentación surge de la revisión del marco normativo relacionado con el registro sanitario de los productos fitoterapéuticos y pretende impulsar el desarrollo de dicha industria en aras de asegurar el acceso efectivo a estos productos a través de mecanismos de simplificación de los trámites de autorización de comercialización, brindando celeridad en la obtención, renovación y modificación de los registros sanitarios, sin sacrificar las exigencias de inocuidad y calidad. Así mismo, se pretende con este proyecto normativo viabilizar la fabricación y comercialización de preparaciones farmacéuticas con base en plantas medicinales que contengan en su formulación metabolitos o principios activos con actividad psicoactiva, esto en respuesta a los recientes avances regulatorios en materia del uso médico del cannabis.

En materia del uso médico del cannabis, cuyo marco legal se encuentra enmarcado en la Ley 1787 de 2016¹⁰¹, es menester resaltar la regulación que ha sido expedida durante el año en curso, a saber, el Decreto 613 de 2017¹⁰² y las Resoluciones 2891¹⁰³ y 2892 de 2017¹⁰⁴. Con esta reglamentación se ha avanzado en el establecimiento de medidas tendientes a facilitar el acceso seguro de los pacientes actuales a productos medicinales con cannabis, cuya calidad, seguridad y eficacia se encuentre garantizada. En este sentido, las citadas normas facultan a este Ministerio

⁹⁸ "Por la cual se expide la "Guía de Evaluación de la Inmunogenicidad para los Medicamentos Biológicos" y se dictan otras disposiciones"

⁹⁹ "Por la cual se modifica la Resolución 4490 de 2016 que expide la Guía de Evaluación de la Inmunogenicidad para los Medicamentos Biológicos"

¹⁰⁰ "Por el cual se establece el reglamento técnico de emergencia para la obtención del registro sanitario de antivenenos y se adopta la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura para su fabricación"

¹⁰¹ "Por medio del cual se reglamenta el Acto Legislativo 02 de 2009"

¹⁰² "Por el cual se reglamenta la Ley 1787 de 2016 y se subroga el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis"

¹⁰³ "Por la cual se establece el manual tarifario de evaluación y seguimiento y control aplicable a las licencias de fabricación de derivados de cannabis para uso medicinal y científico"

¹⁰⁴ "Por medio de la cual se expide reglamentación técnica asociada al otorgamiento de la licencia para la producción y fabricación de derivados de cannabis"

como autoridad competente para expedir la licencia de fabricación de derivados de cannabis y para realizar a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, el control administrativo y operativo a las actividades relacionadas con el manejo de cannabis y sus derivados una vez expedidas las licencias. A la fecha, ya se encuentran abiertos los trámites de licenciamiento, regidos por el marco regulatorio expuesto, en el que prima el interés público y un enfoque de salud pública.

- **Plan de beneficios e Implementación de nuevas tecnologías:**

A partir de la vigencia de la Ley 1751 de 2015, y con base en las expresiones realizadas en el debate de control político en agosto de 2015, se han venido instaurando medidas que fortalecen los mecanismos por los cuales se actualiza y mejora el sistema de salud. Varios frentes se han establecido e incorporado en estos dos años desde la expedición normativa, con el fin de reglamentar lo señalado tanto en la mencionada Ley 1751 como en la Ley 1753 de 2015.

Como se explicó ampliamente en el interrogante No 5 del presente documento, para el caso del PB las acciones se han concentrado en la igualación de los beneficios entre los regímenes subsidiado y contributivo, acompañado de los respectivos incrementos de la UPC. La igualación se logró para toda la población en el año 2012.

Así mismo, las acciones que se han desarrollado para la actualización del PB se enmarcan en el mecanismo de inclusiones, considerando la mejora en el diseño institucional para estos efectos. En relación con este tema se creó el Instituto de evaluación tecnológica en salud - IETS, con el fin de fortalecer los estudios técnicos e independientes que requiere el país.

Respecto del mecanismos de inclusión, desde el año 2015 hasta la actualidad, se han realizado actualizaciones integrales del PB con la periodicidad bienal que ordena el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, permanece la ruta trazada de avance hacia un plan implícito de tal manera que se continua con las siguientes líneas: i) Estudio de nuevas Tecnologías en Salud - TS para posible inclusión y cobertura con la UPC, ii) Ajustes de metodologías y análisis de subgrupos terapéuticos de medicamentos, iii) Avance en el análisis de procedimientos por agrupación, iv) Avance en los análisis de criterios de exclusión explícita, v) Actualización de estudios de necesidades en salud, y vi) Establecimiento de métodos, procedimientos y herramientas para la presentación de solicitudes de inclusión de TS en el PB por actores del SGSSS.

Se consolidó el proceso de participación ciudadana y se establece validación de criterios de priorización de tecnologías, tanto para la evaluación como para la inclusión al PB. De igual manera, se desarrollan actividades de identificación, selección y ordenamiento para la evaluación de ayudas diagnósticas enfermedades de baja prevalencia (huérfanas, raras). A la par se identifican y analizan TS que son descritas en las Guías de Práctica Clínica - GPC y que no son cobertura del PB, las cuales se constituyen en insumo como parte de nominación de tecnologías para los procesos de actualización integral, se fortalece el análisis técnico científico sobre el grado de recomendación y nivel de evidencia.

También se configuraron mecanismos dentro de la metodología para establecer aquellas tecnologías de primera línea de tratamiento, de tal forma que se tuviera un banco de tecnologías de salud para evaluación y selección.

Se aplica la metodología para la nominación de TS y formatos para el proceso de actualización del plan obligatorio de salud, con miras a la actualización integral para dar claridad en el PB, procurando la disminución de las barreras de acceso.

Se realizó la segunda fase de la actualización enfocándose en formas farmacéuticas estériles de administración parenteral, la cual ofrece más opciones para mejores resultados farmacológicos y de seguridad según la prescripción del médico tratante en la administración de medicamentos de nivel hospitalario. También se desarrollaron y profundizaron estrategias como lo referente a las concentraciones de los medicamentos, lo cual resultó en que todas las concentraciones de los medicamentos cubiertos en el POS estén disponibles como opciones terapéuticas para la prescripción por parte del médico tratante, así mejorar la oferta y disponibilidad de tecnologías en salud y disminuir las barreras de acceso y negación de servicios.

En lo referente al año 2016, la actualización integral del PB, que se financia con la UPC en lo referente a procedimientos en salud se realizó una revisión y se estableció el mecanismo de agrupación, se consolidó la actualización de enfermedades huérfanas con las tecnologías estándar de oro para patologías de baja prevalencia; para el caso de medicamentos se implementaron y ejecutaron estrategias como: i) Agrupaciones de principios activos cubiertos expresada en 6 subgrupos; ii) Agrupaciones de principios activos por Valor Máximo de Reconocimiento - VMR; iii) Se aclaró la concentración y la forma farmacéutica señalada en los procesos de 2015; iv) Se realizan aclaraciones con respecto a estudios de costos e impacto cero en la UPC por valor menor o igual a las tecnologías descritas en el PBSUPC.

Por otra parte, con la actualización integral se amplió el tiempo de cobertura de la formula láctea para hijos de madres infectadas por VIH, de 6 a 12 meses.

En este mismo año (2016) de acuerdo a la “metodología para la nominación de tecnologías en salud y formatos para el proceso de actualización del plan obligatorio de salud”, se nominaron 36 TS.

Para dar mayor estabilidad jurídica y claridad de las TS del sistema de salud se procedió con la actualización de la descripción de los procedimientos en salud que se realizan en Colombia, a través de la Actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS, con los diferentes actores expertos como son las agremiaciones científicas (Sociedades, Asociaciones, Colegios, entre otros). Todo lo anterior se puede observar resumido en la **Tabla No. 51**.

Tabla No. 51
Procedimientos y medicamentos 2015 - 2016

PROCEDIMIENTOS	2015	2016
Procedimientos previos	6178	6,482
Procedimientos incluidos	10	0
Aclaración de cobertura Procedimientos	268	0
Procedimientos suprimidos	0	0
Total de procedimientos cubiertos	6482	6947
Total procedimientos en CUPS - Subcategorías	7588	8192
Porcentaje de Cobertura %	85	85

Norma POS	R_5592 2015	R_6408 2016
Norma_CUPS	R_4678 2015 - Actualización CUPS	R_5975 2016 - Actualización CUPS
MEDICAMENTOS	2015	2016
Medicamentos previos	708	647
Medicamentos incluidos	0	0
Medicamentos suprimidos	0	0
Total de Medicamentos	647	470
Total medicamentos en CUMS***	29478	31753
Total CUMS	69785	77160
Porcentaje de Cobertura	42%	41%
Norma_POS	RESOLUCIÓN 5926	RESOLUCIÓN 5592

Fuente: MSPS (Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud).

Respecto al mecanismo de exclusiones, como se explicó anteriormente, este ministerio con participación ciudadana (Pacientes, médicos, EPS, IPS e industria, entre otros actores) desarrolló el procedimiento técnico científico, adoptado mediante la Resolución 330 de 2017 (en desarrollo del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015). Actualmente, en aplicación de la señalada Resolución 330 se han nominado 75 tecnologías para el proceso de exclusiones las cuales se encuentran en la fase de análisis técnico científico.

Por otra parte, con participación de las sociedades científicas se diseñó e implemento el mecanismo de actualización de la clasificación única de procedimientos médicos en salud. Este mecanismo quedo establecido mediante la Resolución 3804 de 2016. A la fecha se han realizado tres actualizaciones de los procedimientos en salud, aspecto que permite garantizar la autonomía médica, disponibilidad y mejores servicios a la población colombiana.

Finalmente, como estrategia que permite fortalecer la transparencia, a la población conocer los beneficios a que tiene derecho y así mismo defender sus derechos, se fortaleció la herramienta POSPÓPULI y se socializó (acción que es permanente) el PB. Adicionalmente, se desarrolló una herramienta de participación ciudadana llamada MI VOX POPULI con el fin de que facilitar la participación en los diferentes procesos que desarrolla este ministerio en relación con las actualizaciones del PB y las exclusiones.