



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201710001773961**

Fecha: **11-09-2017**

Página 1 de 1

Bogotá D.C.,

Doctor
VÍCTOR RAÚL YÉPES FLÓREZ
Secretario General Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República
Carrera 7 # 8 – 68 Ed. Nuevo del Congreso
Bogotá DC.



ASUNTO: Proposición 07 de 2017. Radicados internos 201742301939692 y 201742301883072.

Respetado doctor:

De manera atenta, en el documento adjunto se da respuesta a la Proposición No.07 de 2017 presentada por los Honorables Representantes Ángela María Robledo Gómez y Alirio Muñoz Gaviria.

Estaré atento a resolver cualquier inquietud que usted considere.

Cordial Saludo,


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro Salud y Protección Social

Anexo. Lo enunciado en () folios.

PROPOSICIÓN 07 DE 2017 – CÁMARA DE REPRESENTANTES
Anexo Respuesta Rad.
201710001773961

1. **¿Cómo se ha llevado a cabo la evaluación de indicadores trazadores de salud pública, según la Ley Estatutaria de Salud en su artículo 7? ¿Cuáles han sido los resultados para Bogotá en los años 2011 y 2017?**

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 2006¹. El Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS ha elaborado diferentes normas para 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 2006² 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 Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

En la **Tabla No. 1** se presentan algunos resultados de los indicadores reglamentados en la precitada norma para las IPS de Bogotá D.C., y los cuales apuntan a los “elementos esenciales” de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad.

Es pertinente señalar que a partir del 5 de febrero de 2016 se publica la Resolución 256 de 2016³. Esta resolución 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 – Ley 1751 de 2015⁴, a partir de indicadores definidos en el nuevo SIC (Resolución 256 de 2016) es que se va a estructurar el monitoreo

¹ “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”.

² “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”.

³ “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”

⁴ “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones”.

de los elementos esenciales en salud en la mencionada ley. Por lo anterior, se formula en la **Tabla No. 2**, la estructura específica para el monitoreo de la precitada Ley, incluyendo algunos de sus primeros resultados 2016.

En este momento los prestadores de salud del país y las EPAB se encuentran reportando la información del primer semestre de 2017, por lo cual, no se cuenta aún con los resultados de dicho año. Una vez finalice el periodo de reporte, el Ministerio procederá a publicar los resultados en el Observatorio de Calidad en Salud <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx>.

Tabla No. 1
Indicadores de Calidad Resolución 1446 de 2006 de IPS de Bogotá D.C.

	Indicador	2011	2012	2013	2014	2015	Unidad de medida
IPS	Oportunidad de la Asignación de Citas en la Consulta Médica General	4,14	3,19	3,99	4,29	4,27	Días
IPS	Oportunidad en la Atención en Consulta de Odontología general	6,49	4,24	4,48	4,22	4,14	Días
IPS	Tasa de Reingreso de Pacientes Hospitalizados	1,44	1,24	1,56	1,34	1,65	Tasa
IPS	Proporción de Pacientes con Hipertensión Arterial Controlada	54,04	30,24	32,68	64,98	68,11	Porcentaje
IPS	Tasa de Satisfacción Global	90,91	90,95	60,54	3,97	83,54	Porcentaje

Fuente: Información Consolidada Ministerio de Salud y Protección Social a partir del reporte de IPS a la SNS en el marco de la Resolución 1446 de 2006 y Circular Única.

Tabla No. 2
Nuevos Indicadores del SIC (Resolución 256 de 2016). Bogotá D.C

Elementos esenciales Ley Estatutaria	Agente	Indicadores de goce efectivo	2016
Disponibilidad	IPS	Proporción de partos por cesárea	42,5%
		Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)	60,5%
		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%
	DTS	Prevalencia de Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en personas de 15 a 49 años	0,29%
Aceptabilidad	IPS	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	95,6%
Accesibilidad	IPS	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	6 días
		Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	53 min
		Proporción de menores de 18 años que cumplen el estándar de 5 días para el inicio de tratamiento de LAP	24,4%
Calidad	IPS	Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de	35,1%

Elementos esenciales Ley Estatutaria	Agente	Indicadores de goce efectivo	2016
		hemoglobina glicosilada en el último semestre	
		Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto	18,5%
		Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	60,5 días
	DTS	Prevalencia de Diabetes Mellitus	2,45%
		Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	12,59%

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

2. De acuerdo al artículo 18 de la Ley Estatutaria de Salud ¿Cómo se ha implementado la mejora y reconocimiento de los derechos laborales de los trabajadores de la salud? ¿Qué recursos se destinaron por parte del presupuesto nacional del año 2017, para apoyar los hospitales, municipios, distritos y departamentos para la dignificación de los trabajadores de la salud? ¿Qué planes existen desde la política nacional para formalizar a los trabajadores de la salud? ¿Cómo ha sido el apoyo para Bogotá en los años 2016 y 2017?

Respuesta:

En los últimos años se ha configurado de manera progresiva una política pública que promueve la formalización laboral, no sólo en el sector salud sino en todos los ámbitos y sectores del país. Esta política está configurada por:

- Fallos de la Corte Constitucional: Sentencias C-614 de 2009 y C-171 de 2012.
- Leyes del Congreso de la República:
 - Ley 1429 de 2010 *"Por la cual se expide la Ley de Formalización y Generación de Empleo"*
 - Ley 1438 de 2011 *"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". "Artículo 103. Contratación del personal misional permanente. El personal misional permanente de las Instituciones públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes"*.
 - Ley 1610 de 2013 *"Por la cual se regulan algunos aspectos sobre las inspecciones del trabajo y los acuerdos de formalización laboral"*.
- Normas Gobierno Nacional:
 - Decreto 2025 de 2011 *"Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1233 de 2008 y el artículo 63 de la Ley 1429 de 2010."* Decreto incluido en el Decreto 1072 de 2015 *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo"*.
 - Decreto 1376 de 2014, el cual tiene por objeto fijar los mecanismos para la estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal en las Empresas Sociales del Estado y suscripción de los Acuerdos de Formalización Laboral en desarrollo de lo previsto en el artículo 13 de

la Ley 1610 de 2013. Decreto incluido en el Decreto 1082 de 2015⁵ “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.

- Directrices de los Órganos de Control:
 - Circular Conjunta Externa 5 de agosto de 2011. Contraloría General de la República y Auditoría General de la Nación. Prohibición de Nóminas Paralelas.
 - Circular 008 de 2012. Ministerio del Trabajo. Aspectos a considerar para los Planes de Acción, a elaborar un plan para la formalización de las relaciones laborales.
 - Circular 008 de 2013. Procuraduría General de la Nación sobre deslaborización y tercerización laboral.
 - Circular Conjunta Externa 100 – 003 – 2013. Ministerio del Trabajo – MSPS - Departamento Administrativo de la Función Pública. Instrucciones sobre Plantas Temporales.

Mediante la citada Circular Externa conjunta 100-003- 2013, el Ministerio de Trabajo y el MSPS instaron a las Empresas Sociales del Estado - ESE a que la vinculación del recurso humano requerido en la prestación de servicios de salud, en los casos que sea viable y ajustado al presupuesto, se adelante a través de la vinculación en empleos temporales, que se creen para el efecto, en los términos y condiciones señalados en la Ley 909 de 2004⁶ y el Decreto 1227 de 2005⁷. Esta circular también fue suscrita por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

El 22 de julio del 2014 el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1376 del 2014⁸ compilado en el mencionado Decreto 1083 de 2015. Como resultado de la aplicación de dicha norma con corte a 31 de diciembre de 2016, 73 ESE tenían 4.291 cargos provistos en plantas temporales.

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

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

⁵ “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”

⁶ “Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones”

⁷ “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto-ley 1567 de 1998”

⁸ “Por el cual se reglamentan los mecanismos de estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal y los Acuerdos de Formalización Laboral en las ESE del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones”

A su vez, en la vigencia 2017, el 28 de febrero, las centrales sindicales y las federaciones de empleados públicos: Central Unitaria de Trabajadores de Colombia -CUT, Confederación General del Trabajo -CGT, Confederación de Trabajadores de Colombia -CTC, Federación Colombiana de Trabajadores de la Educación -FECODE, Unión de Trabajadores del Estado y los Servicios Públicos -UTRADEC, Federación Nacional de Trabajadores al Servicios del Estado -FENALTRASE, Federación Colombiana de Trabajadores y Servidores Públicos -FECOTRASERVIPUBLICOS, Unión Nacional de Trabajadores del Estado y los Servicios Públicos -ÚNETE, presentaron al Gobierno Nacional el Tercer Pliego Marco Estatal, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 55 de la Constitución Política y en el Decreto 160 de 2014 (compilado en el Decreto 1072 de 2015).

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

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

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

De otro lado, con relación a los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado - ESE y el proceso de formalización laboral, es importante señalar la autonomía administrativa con que cuentan las ESE para su operación, establecida por el artículo 194 de la Ley 100 de 1993:

"La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo" (Subrayado fuera de texto).

Al igual que lo preceptuado en el Decreto 1876 de 1994 (compilado en el Decreto 780 de 2016⁹), en los siguientes artículos:

⁹ "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"

“Artículo 2.5.3.8.4.1.4.- Objetivos de las empresas sociales del Estado. Son objetivos de las Empresas Sociales del estado, los siguientes:

- ...
- b. *Prestar los servicio de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer,*
 - c. *Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social;*
 - d. *Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado;*
...“ (Subrayado fuera de texto).

En este sentido, las ESE cuentan con autonomía y patrimonio propio, y su operación corriente se financia como fuente principal con los ingresos generados por ventas de servicios de salud a los diferentes pagadores, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

En virtud de lo anterior, les corresponde a las ESE definir sus plantas de personal con base en la población a atender y sus portafolios de servicios, en el marco de las redes de prestación de servicios de salud. De estas decisiones sobre sus plantas de personal, se desprenden los costos de la formalización laboral de sus trabajadores, los cuales como parte de su operación corriente se financian principalmente con los ingresos por ventas de servicios. De igual forma, la formalización laboral que están implementando las ESE, se debe realizar con los recursos que la entidad esté utilizando para la contratación de dichas personas, por cuanto lo que se está haciendo es formalizar a las personas que se encontraban vinculadas por contrato.

De igual manera cabe señalar, que la Resolución 4015 de 2013, modificada por la Resolución 4834 de 2015, previó en los planes financieros territoriales de salud (Leyes 1393 de 2010 y 1450 de 2011) la destinación de recursos del orden territorial, adicionales a los asociados a la producción y venta de servicios de salud (Subsidios a la Oferta), para coadyuvar al financiamiento de la prestación de servicios por ESE en condiciones especiales de mercado y por su localización en zonas con población dispersa, alejados o difícil acceso. Estas transferencias de las entidades territoriales a las ESE deben estar ligadas a metas en su desempeño en la prestación de servicios, como incentivo para lograr mejoras en la atención y en la eficiencia de la operación de las mismas. Así mismo, el Decreto 2273 de 2014 estableció disposiciones para garantizar la prestación de servicios de salud en lugares en los cuales solo el Estado está en capacidad de ofrecerlos, cuando la oferta de servicios se sustenta en infraestructura pública independiente de su modalidad de gestión, en los departamentos a cuya jurisdicción territorial solo se puede acceder a través de transporte marítimo, fluvial o aéreo.

La Ley 1797 de 2016¹⁰, en el artículo 2 modificó la distribución del Sistema General de Participaciones - SGP para prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y la financiación del subsidio a la oferta. Este artículo fue reglamentado a través del Decreto 762 de 2017 por el cual se establecieron los criterios, procedimientos y variables de distribución y asignación de estos recursos, en cuyo marco el Departamento Nacional de Planeación mediante el Documento SGP-17-2017, realizó la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones correspondiente a las once doceavas

¹⁰ Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad social en Salud y se dictan otras disposiciones.

de la Participación para Salud del Componente de Prestación de Servicios de Salud en lo no Cubierto con Subsidios a la Demanda y la Financiación del Subsidio a la Oferta de la vigencia 2017; con la distribución de \$348.531 millones como Subsidio a la Oferta – Aportes Patronales a departamentos, distritos y municipios (de los cuales le correspondió a Bogotá \$60.211,5 millones) y \$32.839 millones como Subsidio a la Oferta – Operación, Acceso y Atención en Salud en Departamentos Especiales (Caquetá, Putumayo, San Andrés, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada).

El Parágrafo del citado artículo 2 de la Ley 1797 de 2016 posibilita el uso de los excedentes y saldos no comprometidos del SGP del componente de prestación de servicios de salud para la financiación de la formalización laboral de las ESE, cuando se cumplan las condiciones establecidas en el mismo.

Parágrafo. *Los excedentes y saldos no comprometidos del Sistema General de Participaciones con destino a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios de vigencias anteriores, previa auditoría de cuentas y verificación del pago de lo debido; o para la financiación de la formalización laboral de las Empresas Sociales del Estado que pertenezcan a la respectiva Entidad Territorial, solo en los casos en que no existan las mencionadas deudas (Subrayado fuera de texto).*

Con relación a la pregunta sobre **¿Cómo ha sido el apoyo para Bogotá en los años 2016 y 2017?**, se señala que el MSPS en el marco de las competencias otorgadas por la ley ha apoyado y brindado asistencia técnica permanente a la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá, en la formulación, aprobación y ejecución del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado, según lo establecido en el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011.

Es importante mencionar que el referido programa fue aprobado mediante concepto técnico en el mes de octubre de 2016. La entidad territorial lo enmarcó en el mejoramiento del acceso a los servicios de salud, la sostenibilidad financiera de las ESE la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud, así como la adaptación al marco legal vigente iniciando con la implementación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y su soporte operativo, el Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS.

En este programa se definieron entidades y organismos administrativos, además se realizó la fusión de las veintidós (22) antiguas Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C, en cuatro (4) ESE, así:

1. **ESE Subred Integrada Servicios Salud Sur:** en la que se fusionaron las ESE de Usme, Nazaret, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal.
2. **ESE Subred Integrada Servicios Salud Sur Occidente:** en la que se fusionaron las ESE de Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy.
3. **ESE Subred Integrada Servicios Salud Norte** en la que se fusionaron las ESE de Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar.
4. **ESE Subred Integrada Servicios Salud Centro Oriente** en la que se fusionaron las ESE de Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara.

Las cuatro ESE de carácter Distrital organizaron los servicios en ambulatorios y hospitalarios, en todos los grados de complejidad, y se complementarán con las redes de las EPS con prestadores de carácter privado en servicios no disponibles. Estas ESE harán parte de la organización de la Red Pública de

Servicios de Salud Distrital, con una coordinación y articulación que se realiza a través de un Comité Directivo de Red.

En la presente actualización presentan como Unidades de Servicios de Salud las IPS fusionadas en las que se desarrollará el componente primario y el componente complementario, que integran sedes asistenciales definidas de la siguiente manera:

- **Puntos Atención Primaria en Salud – PAPS:** En los cuales se prestarán servicios de baja complejidad. Son sedes ambulatorias, que se constituyen en la puerta de entrada a la Red Pública de Servicios de Salud. Mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud -APS, se desarrollarán actividades individuales y colectivas de los Planes de Beneficio de Salud -POS y Plan de Salud de Intervenciones Colectiva -PIC, bajo modalidades de atención extramural, intramural, ambulatoria, y serán sedes para la implementación del proceso de adscripción poblacional. De igual forma, ofertarán servicios de promoción de la salud, protección específica y detección temprana, prevención de la enfermedad, consulta externa de odontología general, medicina general, medicina familiar y acciones del PIC. Operarán en su mayoría, en antiguas UBAS y UPAS.
- **Centros de Atención Prioritaria en Salud – CAPS:** Brindarán servicios de baja y mediana complejidad, programados y prioritarios, en especialidades básicas y supraespecialidades, con servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. Tienen como misión la atención prioritaria en salud en servicios de consulta externa, orientados a atender patologías de baja y mediana complejidad que requieren atención prioritaria (clasificación triage 4 y 5), así como atención programada. Dispondrán transitoriamente de servicios de internación y se tiene proyectado que desarrollen sus actividades en las sedes existentes de UPAS, CAMIS y en nuevas infraestructuras.
- **Unidades Médicas Hospitalarias Especializadas – UMHEs:** Prestarán atención de urgencias, hospitalización y cirugías de mediana y alta complejidad; incluyen unidades de cuidados críticos y especializados. Algunos a desarrollar como centros de excelencia.
- **Centrales de Urgencias o de Trauma:** Unidades médicas hospitalarias especializadas en la atención de urgencias (triage 1, 2 y 3), complementadas con servicios quirúrgicos, hospitalarios y críticos para atención inicial de urgencias y traumas y posterior remisión a unidades hospitalarias especializadas.

Como se señaló previamente, la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá definió las cuatro ESE, como las sub redes señaladas para la operativización integral y continua de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, con las que se realizará la complementariedad en los portafolios de servicios entre las diferentes unidades de servicios, desde las acciones primarias individuales, colectivas, de promoción y detección temprana, hasta las acciones complementarias resolutorias, direccionadas estas entidades a la prestación adecuada de servicios de salud a la población y a la viabilidad técnica y financiera de las ESE.

Vale señalar que la responsabilidad en el referido proceso de reorganización de la Red y Subredes creadas, particularmente en lo que refiere a la observación y cumplimiento de los aspectos detallados en la normatividad citada sobre las condiciones laborales del personal de salud de las mencionadas

entidades, se surte y está en cabeza de las referidas ESE bajo la orientación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

- 3. ¿Cuántas EPS están habilitadas para operar en los regímenes contributivo y subsidiado en Bogotá? ¿Cuántas se encuentran intervenidas y con que finalidad? Favor discriminar por régimen.**

Respuesta:

Este interrogante fue remitido a la Superintendencia Nacional de Salud mediante oficio No. 201710001741051 en atención a su labor misional y de conformidad con las funciones de inspección, vigilancia y control determinadas por la ley.

- 4. Favor informar cuáles son los indicadores de permanencia de las EPS y cuántas cumplen con cada uno de los indicadores, discriminando la información por cada uno de los indicadores, discriminando la información por cada uno de los regímenes en Bogotá.**

Respuesta:

Este interrogante fue remitido a la Superintendencia Nacional de Salud mediante oficio No. 201710001765501 en atención a su labor misional y de conformidad con las funciones de inspección, vigilancia y control determinadas por la ley.

- 5. Favor informar la población afiliada a cada uno de los regímenes de salud en Bogotá.**

Respuesta:

En Bogotá, D.C., con corte al mes de julio de 2017, se tiene un total de 7.438.120 personas afiliadas a salud, distribuidos por régimen, como se muestra en la **Tabla No. 3**:

Tabla No. 3
Afiliados en Bogotá según régimen

	AFILIADOS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	AFILIADOS RÉGIMEN EXCEPCION	AFILIADOS RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL GENERAL
BOGOTA D.C.	6.143.174	117.293	1.177.653	7.438.120

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - CUBO_BDUA, Bodega SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social corte a Julio de 2017.

- 6. ¿Cuántas muertes por negación de servicios de salud se registraron en los años 2011-2017 en Bogotá? Favor discriminar por años**

Respuesta:

Este interrogante fue remitido a la Secretaría Distrital de Salud mediante oficio No. 201710001741101.

7. ¿Cuántas IPS están habilitadas para funcionar en Bogotá? ¿Cuántas de ellas se encuentran en riesgo financiero medio y alto? Favor discriminar la información por IPS públicas y privadas y por el nivel de riesgo.

Respuesta:

De acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS, en virtud del Artículo 2.5.1.3.2.4 del Decreto 780 de 2016, el número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS habilitadas para operar en Bogotá, D.C., con corte a 31 de agosto de 2017 son 1.628 instituciones, las cuales por naturaleza jurídica se discriminan en 1.617 privadas, 9 públicas y 2 mixtas.

Tabla No. 4.

Número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas para operar en Bogotá

Departamento	Públicas	Privadas	Mixtas	Total
Bogotá D.C	9	1.617	2	1.628

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, corte a 31 de agosto de 2017.

Respecto a cuántas de las anteriores IPS se encuentran en riesgo financiero medio y alto, se precisa que el primer inciso del artículo 80 de La Ley 1438 de 2011 determinó la obligatoriedad del MSPS de categorizar anualmente el riesgo de las ESES del nivel territorial teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y de viabilidad financiera.

“Artículo 80. Determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado. El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la presente ley...” (Subrayado fuera de texto)

En este contexto, la categorización del riesgo le es aplicable a las ESE del nivel territorial (Distrital, Departamental y Municipal), sin tener en cuenta las ESE de carácter nacional e IPS públicas no clasificadas como ESE. Al circunscribirse a las ESE del nivel territorial, no contempla tampoco a las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza privada o mixta.

En consecuencia, de las nueve (9) IPS públicas habilitadas para operar en Bogotá, siete (7) son ESE, entre las cuales cinco (5) son de carácter territorial y dos (2) nacional, como se puede observar en la **Tabla No. 5:**

Tabla No. 5

IPS públicas habilitadas en el Distrito Capital de Bogotá

No.	Nombre del prestador	ESE	Nivel de Atención	Carácter
1	ESE Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	SI	3	Distrital
2	ESE Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	SI	3	Distrital
3	ESE Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	SI	3	Distrital
4	ESE Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	SI	3	Distrital
5	ESE Hospital Universitario de La Samaritana	SI	3	Departamental

No.	Nombre del prestador	ESE	Nivel de Atención	Carácter
6	ESE Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	SI	3	Nacional
7	ESE Instituto Nacional de Cancerología	SI	3	Nacional
8	Dirección de Sanidad Policía Nacional	NO	3	Nacional
9	Hospital Militar Central	NO	3	Nacional

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS con corte a 31 de agosto de 2017.

En desarrollo de lo establecido por la Ley 1438 de 2011, mediante la Resolución 2509 de 2012, se definió la metodología para categorizar el riesgo de las ESE, con la cual desde dicha vigencia se ha venido efectuando la categorización del riesgo anual de éstas a través de las Resoluciones 2509 de 2012, 1877 de 2013 modificada por la Resolución 3467 del mismo año, 2090 de 2014, 1893 de 2015, 2184 de 2016 modificada por la Resolución 3916 del mismo año, y 1755 de 2017.

Mediante la Resolución 1755 de 2017 se efectuó la categorización del riesgo de las ESE del nivel territorial para la vigencia 2017, tomando como fuente la información presupuestal y financiera de la vigencia 2016 reportada por las ESE, 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 –Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Con respecto a las ESE del Distrito Capital de Bogotá, el Parágrafo del Artículo 4 de dicha Resolución, estableció:

“Parágrafo: Para la vigencia 2017 no se categorizan las Empresas Sociales del Estado Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E resultantes de la fusión de veintidós (22) Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital de Bogotá, por cuanto las mismas fueron inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud el 1 de agosto de 2016, lo que impide tener información en los doce meses de la vigencia 2016.”

Así las cosas, en la categorización del riesgo efectuada mediante la Resolución 1755 no se categorizaron las ESE de las Subredes de Bogotá, y la ESE Hospital Universitario de La Samaritana del Departamento de Cundinamarca, que opera en el Distrito de Bogotá, fue categorizada “Sin riesgo”.

8. Favor informar qué IPS han debido cerrar unidades en Bogotá y toda su operación por problemas financieros, especificando las unidades que han sido cerradas.

Respuesta:

Es importante señalar, que en el marco del Sistema Único de Habilitación conforme a la normatividad sobre inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud (Ley 715 de 2001, Decreto 1011 de 2006 compilado en el Decreto 780 de 2016, y Resolución 2003 de 2014), todo prestador de servicios de salud (de naturaleza pública, privada o mixta) está obligado a inscribirse como tal en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud¹¹ y habilitar los servicios a ofertar, para lo cual debe cumplir con los

¹¹ El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social” (Decreto 1011 de 2006, compilado en el Decreto 780 de 2016).

requisitos mínimos obligatorios que determina la Resolución 2003 de 2014. Así mismo, los prestadores están en la obligatoriedad de reportar las novedades ante la correspondiente Entidad Departamental o Distrital de Salud, cumpliendo con lo que estipula para el efecto la citada Resolución y su respectivo manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios.

En el contexto anterior, los prestadores privados son autónomos para organizar su oferta o portafolio de servicios y contar con la capacidad instalada requerida para su provisión, de acuerdo a la demanda, cumpliendo con las condiciones mínimas obligatorias establecidas en el Sistema Único de Habilitación, con el propósito de garantizar a la población una atención en salud en condiciones de seguridad frente a potenciales riesgos.

En el caso de los prestadores de naturaleza pública, además de las normas de habilitación de servicios de salud, deben cumplir con una serie de disposiciones normativas encaminadas a la organización y control de la oferta pública, que le define los servicios a ofertar en el marco de las redes, a cargo de los departamentos y distritos, como el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado - PTRRMR (artículo 156 - Ley 1450 de 2011), el Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud (Leyes 715 de 2001, 1438 de 2011 y Resoluciones 2514 de 2012 y 1985 de 2013), el Plan Financiero Territorial de Salud (Leyes 1393 de 2010 y 1450 de 2011, Resolución 4834 de 2015, que modificó la 4015 de 2013), y el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, para ESE categorizadas en riesgo medio y alto.

Los PTRRMR tienen como propósito la planeación de la prestación pública de los servicios de salud, en términos de contribuir al mejoramiento de las condiciones de acceso, atención y resultados de salud de la población a nivel territorial, mediante la adecuación de la oferta pública de servicios a los requerimientos en salud de la población y el fortalecimiento de su gestión asistencial, administrativa y financiera de las ESE, para su operación en condiciones óptimas de calidad, pertinencia, eficacia, cobertura, eficiencia y sostenibilidad. Así mismo, estos programas buscan identificar la oferta pública que pueda estar disponible en el contexto de la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (Resolución 1441 de 2016), en cuyo marco las entidades territoriales departamentales y distritales son las encargadas de habilitar las Redes que están obligadas a presentar las Entidades Promotoras de Salud en cada uno de los departamentos o distritos en los cuales están autorizadas a operar, con miras a brindar un proceso de atención en salud a sus afiliados en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutivez.

Con respecto a las novedades de los prestadores de servicios de salud, la Resolución 2003 de 2014, señala:

“Artículo 12. Novedades de los prestadores. Los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar las novedades que adelante se enuncian, ante la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y, cuando sea del caso, deberán anexar los soportes correspondientes conforme a lo definido en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.”

Entre las novedades a que se hace referencia, se encuentra las de Cierre de Prestador, Apertura o Cierre de Sede, Cierre Temporal o Definitivo de Servicios, Cierre de Modalidad de Prestación de Servicios, o

como en el caso de capacidad instalada, las de Cierre de Salas, Cierre de Salas de Procedimientos, Cierre de Camas, Cierre de Ambulancias o Cierre de Sillas. En todos los casos, en el marco de su autonomía, los prestadores no tienen que reportar la causa u origen de los cierres; por lo que no es posible detallar aquellos que se ocasionan por problemas financieros.

Con base en lo señalado previamente, el número de instituciones prestadoras de servicios de salud que presentaron novedad de cierre ante el Distrito Capital de Bogotá durante la vigencia de 2017, corresponde a diez y ocho (18).

Tabla No. 6
Cantidad de Instituciones prestadoras de Servicios de Salud que presentaron novedad de cierre ante el Distrito Capital - 2017

Meses 2017	Cantidad de IPS que presentaron novedad de cierre
01	4
02	8
04	1
05	1
06	1
07	2
08	1
Total general	18

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Fecha de corte: 2017-09-08 10:48 a.m.

Las 18 instituciones prestadoras de servicios de salud con novedad de cierre en esta vigencia, se detallan en la siguiente **Tabla No. 7**:

Tabla No. 7
Instituciones prestadoras de Servicios de Salud que presentaron novedad de cierre ante el Distrito Capital - 2017

No.	Nombre Institución Prestadora de Servicios de Salud que presentó novedad de cierre
1	Administración de Modelos Especiales en Salud AMES SAS
2	Alianza Médica Integrar SAS
3	Ambulancias Nueva Vida SAS
4	Bienestar y Protección laboral SAS Especialistas en Salud Ocupacional SAS
5	Centro de Investigación Avanzar en Salud CIAS SAS
6	Centro de Medicina Hiperbárica IPS SAS
7	Centro de Reconocimiento de Conductores de Colombia 2 SAS.- CRC de Colombia 2 SAS
8	Centro Industrial Agropecuario San Gregorio
9	Eduardo Rueda Laboratorio Clínico SAS
10	Figura Moderna Spa EU
11	Fundación para la Salud y la Vida Fundasalud
12	Gelawel Sociedad Anónima
13	Inversiones Funlarsalud E.U.
14	IPS Sociedad Médica integral Salud SAS
15	Jurismed Asistencia SAS
16	OCIP soluciones Radiológicas SAS
17	Servicios Profesionales Alonja SAS
18	Tienken S.A.S

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Fecha de corte: 2017-09-08 10:48 a.m.

Con relación al número de sedes de instituciones prestadoras de servicios de salud con novedad de cierre presentadas ante el Distrito Capital de Bogotá, estas corresponden en lo corrido de la vigencia de 2017 a sesenta y siete (67) sedes.

Tabla No 8

Cantidad de Instituciones Servicios de novedad de presentada ante Capital - 2017

Meses 2017	Cantidad de Sedes de IPS con novedad de cierre
01	8
02	7
03	7
04	7
05	7
06	14
07	4
08	12
09	1
Total general	67

Sedes de prestadoras de Salud con cierre el Distrito

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Fecha de corte: 2017-09-08 10:48 a.m.

9. Favor remitir un informe que detalle el proceso y los resultados de la compra de cartera de las IPS de Bogotá para el año 2014 – 2017. ¿En promedio que porcentaje de cartera se ha comprado? ¿Qué condiciones se les exige a las IPS para la compra de cartera?

Respuesta:

- En el marco del artículo 9 de la Ley 1608 de 2013 el MSPS expidió la Resolución 3239 del 2013 y sus modificatorias, con el objetivo de establecer un mecanismo de compra directa de cartera con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías del FOSYGA, que permite otorgar liquidez a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y sanear la cartera de mayor antigüedad con respecto a los servicios incluidos del entonces Plan Obligatorio de Salud – POS, brindados a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y las Cajas de Compensación Familiar que administren este último régimen; y a su vez mantener un flujo de recursos constantes a la red prestadora de servicios de salud.

Este mecanismo se fundamentó en la gestión de conciliación entre las partes deudora (EPS/CCF) y acreedora (IPS), para determinar el valor de la cartera que podía ser objeto de la operación y registrarlos en acta de conciliación y posteriormente presentar solicitud de acuerdo al procedimiento, condiciones y plazos establecidos en la Resolución 3239 de 2013 y sus modificatorias. Sin embargo, y de acuerdo a su capacidad de endeudamiento era decisión de cada EPS/CCF acogerse a este mecanismo de pago, frente a lo cual reiteramos siempre y cuando cumpliera los criterios establecidos en el mismo.

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

En el caso que la EPS/CCF aceptará las condiciones de la compra directa de cartera, debía recibir la Solicitud de Compra de Cartera suscrita por la IPS y diligenciar en forma conjunta la Formalización de Compra de Cartera en los formatos definidos para tal fin, los cuales están definidos en la Resolución 889 de 2014 y presentarlos en los plazos establecidos ante el MSPS con los soportes respectivos, pagaré y Carta de instrucciones.

A nivel Nacional y al corte de diciembre de 2016 se han aprobado 1.816 operaciones de compra de cartera por \$1,62 billones, en las que se han beneficiado 415 IPS y 26 EPS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado. Del total aprobado, se giraron \$292.565 millones durante el año 2013, \$744.540 millones en 2014, \$487.988 millones en 2015 y para 2016 se aprobaron y giraron \$92.420 millones. Es importante mencionar que para el año 2017 no se han efectuado operaciones de compra de cartera debido a que el mecanismo se encuentra suspendido por disponibilidad de recursos en la Subcuenta de Garantías, de acuerdo con lo señalado en la Resolución 3322 de 2016.

A nivel de Bogotá entre los años 2014 a 2016 se han aprobado un total de 248 operaciones de compra de cartera por un valor de \$236.184 millones en las que se han beneficiado 52 IPS y 16 EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado, es decir, Bogotá ha participado con el 14.60% frente al nivel Nacional, estos recursos fueron distribuidos como sigue:

Tabla No. 9
Distribución por Régimen

Régimen	Cantidad de operaciones	Valor aprobado	Participación
Contributivo	164	\$122.956	52,1%
Subsidiado	84	\$113.227	47,9%
Total	248	\$236.184	

Fuente: Subcuenta de Garantías. Cifras en Millones. Corte: Diciembre de 2016

Tabla No. 10
Distribución por Tipo de Entidad

Tipo de entidad	Cantidad de operaciones	Valor aprobado	Participación
Privada	145	\$132.909	56,3%
Pública	103	\$103.274	43,7%
Total	248	\$236.184	

Fuente: Subcuenta de Garantías. Cifras en Millones. Corte: Diciembre de 2016

Tabla No 11
Distribución por EPS / CCF

Entidad Promotora de Salud / Caja de Compensación Familiar	Valor aprobado	% Part.
CAPITAL SALUD EPSS	\$54.192	22,9%
NUEVA EPS	\$50.462	21,4%

Entidad Promotora de Salud / Caja de Compensación Familiar	Valor aprobado	% Part.
CAPRECOM EPS	\$40.597	17,2%
EPS FAMISANAR	\$36.613	15,5%
COOMEVA EPS	\$13.358	5,7%
SALUDCOOP EPS	\$10.423	4,4%
ECOOPSOS ESS EPSS	\$9.825	4,2%
CAFESALUD EPS	\$8.293	3,5%
EMSSANAR ESS	\$3.627	1,5%
CRUZ BLANCA EPS	\$3.056	1,3%
EPSS UNICAJAS - COMFACUNDI	\$1.854	0,8%
ASMET SALUD ESS EPS	\$1.509	0,6%
SALUDVIDA EPS	\$939	0,4%
GOLDEN GROUP S.A. EPS	\$651	0,3%
EMDISALUD ESS EPSS	\$584	0,2%
PIJAOS SALUD EPSI	\$200	0,1%
TOTAL	\$236.184	

Fuente: Subcuenta de Garantías. Cifras en Millones. Corte: Diciembre de 2016

Tabla No. 12
Distribución por IPS Públicas

Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS	Valor Aprobado	% Part.
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	\$15.671	15,2%
HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL ESE	\$15.374	14,9%
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL ESE	\$13.290	12,9%
HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL ESE	\$11.165	10,8%
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA ESE	\$9.509	9,2%
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE	\$7.328	7,1%
HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE	\$5.731	5,5%
HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ESE	\$5.044	4,9%
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE	\$4.896	4,7%
HOSPITAL FONTIBON ESE	\$4.348	4,2%
HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE	\$2.998	2,9%
HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE	\$2.509	2,4%
HOSPITAL BOSA II NIVEL ESE	\$1.991	1,9%
HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL ESE	\$1.591	1,5%
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	\$313	0,3%
HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL ESE - (SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE)	\$263	0,3%
ESE HOSPITAL DEL SUR (BOGOTA D.C.)	\$244	0,2%
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL ESE - (SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE)	\$197	0,2%
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE - (SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE)	\$194	0,2%
HOSPITAL CHAPINERO I NIVEL ESE	\$163	0,2%
HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL ESE (BOGOTA D.C.)	\$144	0,1%
HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE	\$139	0,1%
HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL ESE - (SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE	\$116	0,1%

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

Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS	Valor Aprobado	% Part.
SALUD SUR ESE)		
ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL	\$50	0,0%
HOSPITAL DE USME I NIVEL ESE	\$5	0,0%
TOTAL IPS PUBLICAS	\$103.274	

Fuente: Subcuenta de Garantías. Cifras en Millones. Corte: Diciembre de 2016

Tabla No. 13
Distribución por IPS Privadas

Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS	Valor Aprobado	% Part.
CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD	\$26.707	20,1%
FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	\$9.631	7,2%
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	\$9.376	7,1%
MEDICOS ASOCIADOS S.A.	\$9.316	7,0%
FUNDACION HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE	\$8.967	6,7%
FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	\$8.706	6,6%
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA - HOSPITAL DE SAN JOSE	\$7.705	5,8%
FABILU LTDA	\$7.511	5,7%
LINDE COLOMBIA S.A	\$5.871	4,4%
CLINICA DE MARLY S.A.	\$4.915	3,7%
CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.	\$4.518	3,4%
MEDICA MAGDALENA SAS - NUEVA CLINICA MAGDALENA	\$4.508	3,4%
COSMITET LTDA	\$3.000	2,3%
CONGREGACION DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN - CLINICA PALERMO	\$2.789	2,1%
PROCARDIO SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES LTDA	\$2.668	2,0%
FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	\$1.982	1,5%
FUNDACION ABOOD SHAIQ	\$1.682	1,3%
CLINICA SAN FRANCISCO DE ASIS S.A.S.	\$1.670	1,3%
MEDICAL PROINFO SAS	\$1.640	1,2%
FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS	\$1.631	1,2%
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	\$1.585	1,2%
INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT	\$1.531	1,2%
EUSALUD S.A.	\$1.034	0,8%
CONGREGACION DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA - CLINICA NUEVA	\$1.031	0,8%
CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS	\$790	0,6%
CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	\$553	0,4%
FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.	\$509	0,4%
FUNDACIÓN SALUD BOSQUE	\$477	0,4%
CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	\$360	0,3%
CLINICA VASCULAR NAVARRA LTDA.	\$190	0,1%
MIOCARDIO S.A.S.	\$57	0,0%
TOTAL IPS PRIVADAS	\$132.909	

Fuente: Subcuenta de Garantías. Cifras en Millones. Corte: Diciembre de 2016

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

En este contexto, para acceder a los recursos de la compra directa de cartera para el pago de las deudas, cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS debía realizar la siguiente gestión:

- Efectuar la conciliación con las diferentes EPS/CCF, que le adeudaran servicios de salud prestados a los afiliados del SGSSS para determinar el valor de la cartera que podía ser objeto de la operación y frente a los cuales no existía ningún tipo de glosa, observación, inconsistencia o rechazo ni hubiese sido objeto de negocio jurídico alguno con terceros o estaba siendo reconocido con otros recursos; para registrarlos en acta de conciliación.
Lo anterior debido a que solo a través de la comunicación entre las partes y la conciliación de información de cartera, se podía establecer el estado de las mismas y aplicar los mecanismos para la depuración y pago de las deudas derivadas de la prestación de los servicios de salud, con los soportes respectivos.
 - A partir de esta determinación se realizaba la solicitud de compra de cartera por parte de la IPS en el formato definido en las Resolución 889 de 2014 y se presentaba a la EPS/CCF deudora, con los soportes respectivos.
 - Suscribir el formato de Formalización Compra de Cartera con la EPS/CCF
- En cuanto al porcentaje de cartera comprada a la red hospitalaria de Bogotá frente al total reportado por circular 030 con corte a diciembre de 2015, éste arroja un resultado cercano al 9%.
- Las condiciones específicas para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS establecidas en el mecanismo de compra directa de cartera, son las siguientes:
- IPS de naturaleza pública debidamente habilitadas y registradas en el REPS y las IPS de naturaleza privada o mixtas, debidamente habilitadas y con 50 camas registrada en el REPS
 - El valor máximo a aprobar a una IPS en una o en la sumatoria de varias solicitudes es hasta el (10%) del valor presupuestado para la operación mensual de compra de cartera con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud.
 - El máximo de solicitudes al año con una misma EPS/CCF son dos (2) con un lapso de tiempo de tres (3) meses entre cada una.

Como se enunció anteriormente, en la actualidad se encuentra suspendida de forma indefinida la radicación para nuevas solicitudes de compra directa de cartera, por cuanto la Subcuenta de Garantías para la Salud no cuenta con disponibilidad de recursos dado el mandato legal de utilizar los excedentes de las Subcuentas del Fosyga para la garantía del aseguramiento en salud, establecido en el Artículo 66 de la Ley 1753 de 2015. Por lo anterior, no se ha efectuado operación de compra directa de cartera en lo transcurrido de la vigencia 2017.

Adicionalmente, el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 creó la Entidad Administradora de los Recursos del SGSSS – ADRES, con fundamento en dicho artículo se expidió el Decreto 1429 de 2016 modificado por los Decretos 546 y 1264 de 2017, a través del mencionado marco legal se definió la estructura interna, funciones y régimen de transición respecto al inicio de actividades de la ADRES.

Específicamente a través del numeral 6 del artículo 3 del mencionado decreto, ADRES es responsable a partir de la fecha de desarrollar los mecanismos establecidos en los artículos 41 del Decreto – Ley 4107 de 2011 y 9 de la Ley 1608 de 2013 (Compra Directa de Cartera). En tal sentido, ADRES se encuentra elaborando acto administrativo para unificar el procedimiento, criterios, condiciones y plazos para la Compra Directa de Cartera.

10. Favor remitir un informe que detalle los resultados de la ley de cuentas maestras en Bogotá para el año 2014-2017. ¿Qué condiciones se le exige a las IPS para girarle los recursos de las cuentas maestras?

Respuesta:

Mediante el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013 se habilitó la utilización de los recursos excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado, con el objetivo de contribuir a mejorar el flujo de recursos y la liquides del sector. Adicionalmente, el numeral 4 del artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, para la capitalización en el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tenga participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta.

En virtud de lo anterior, el Distrito Capital contempló el siguiente plan de aplicación de los excedentes de la cuenta maestra del Régimen Subsidiado:

Tabla No. 14
Plan de aplicación de los excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado en el marco de los artículos 2 de la Ley 1608 de 2013 y 21 de la Ley 1797 de 2016.

Cifras en millones de \$.

CONCEPTO	PLAN DE APLICACIÓN	%
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios de las vigencias 2011, 2012 y 2013 - Compromisos del Régimen Subsidiado por LMA de aseguramiento pendientes de giro.	8.254	1,21%
Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios.	191.185	28,04%
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en el riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011.	126.491	18,55%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.	275.931	40,47%
Recursos para financiar en los municipios y distritos categorías especial, 1 y 2, pruebas piloto que permiten hacer ajustes de la UPC del Régimen Subsidiado en Salud.	0	0,00%
Recursos para la capitalización en el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tenga participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta.	80.000	11,73%
TOTAL	681.860	100,00%

Fuente: Distrito Capital - Resolución 4624 de 2016.

De acuerdo con lo anterior, se evidencia que el Distrito Capital aplicó el 40% de los recursos para el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, mientras que el 28,04% se destinó al pago de la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

De acuerdo a la información reportada con corte a 30 de junio de 2017, se observa que la entidad territorial ha ejecutado el 63% de los recursos disponibles, equivalente a \$431.944 millones, de acuerdo con la **Tabla No. 15**:

Tabla No. 15
Ejecución de los excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado en el marco de los artículos 2 de la Ley 1608 de 2013 y 21 de la Ley 1797 de 2016 – corte a 30 de junio de 2017

Valores en millones de \$.

CONCEPTO	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	% DE EJECUCIÓN
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios de las vigencias 2011, 2012 y 2013 - Compromisos del Régimen Subsidiado por LMA de aseguramiento pendientes de giro.	8.254			0	0	8.254	100%
Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios.	134.601	50.593		0	0	185.193	97%
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en el riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011.		126.491		0	0	126.491	100%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.		19.726	35.872	6.409	0	62.007	22%
Recursos para financiar en los municipios y distritos categorías especial, 1 y 2, pruebas piloto que permiten hacer ajustes de la UPC del Régimen Subsidiado en Salud.				0	0	-	N/A
Recursos para la capitalización en el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tenga participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta.				40.000	10.000	50.000	63%
TOTAL	142.855	196.809	35.872	46.409	10.000	431.944	63%

Fuente: Distrito Capital - Resolución 4624 de 2016.

De lo anterior se concluye que, el Distrito Capital aún cuenta con recursos disponibles para la utilización en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud y para la capitalización en el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tenga participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta.

Ahora bien en relación a las condiciones que se exigen a la IPS para el giro de recursos de las cuentas maestras, de manera atenta le informo que estas se encuentran consignadas en el documento denominado *"Instrucciones para la elaboración del plan de ejecución y ejecución de los recursos establecidos en la Ley 1608 de 2013 y para la adecuada implementación de la ley"*, en donde se establece lo siguiente:

- a) Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios de las vigencias 2011, 2012 y 2013 - Compromisos del Régimen Subsidiado por LMA de aseguramiento pendientes de giro: Los recursos de la cuenta maestra que se usen en este componente, se deben girar directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para lo cual las EPS a quienes se les adeuden estos recursos de esfuerzo propio, diligenciarán el formato *"Relación de Instituciones*

Prestadoras de Servicios de Salud para el giro de recursos disponibles en la Cuenta Maestra del Régimen Subsidiado" que hace parte integral de la Resolución 292 de 2013.

En el evento que se utilice para el pago del esfuerzo propio de los años 2011 y 2012, las entidades territoriales girarán el total de los recursos adeudados directamente a los prestadores de servicios de salud que determine la EPS.

En el evento que se utilice para el pago de esfuerzo propio del año 2013, estos recursos se girarán por la entidad territorial de acuerdo con la Liquidación Mensual de Afiliados en el componente de esfuerzo propio municipal con la periodicidad establecida en las normas vigentes.

De esta manera, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no se les exige una condición especial para el giro de estos recursos.

- b) Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios: En el evento en que las entidades territoriales utilicen los recursos en el pago de las deudas por atención de población pobre no afiliada o por atención de lo no cubierto con subsidios a la demanda deberán definir mediante acto administrativo el monto de recursos a aplicar en cada componente.

El titular de la cuenta maestra, municipio, distrito o departamento con corregimientos a cargo, definirá en el acto administrativo (Resolución o Decreto) el monto que destinará al pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada del respectivo municipio y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento o distrito.

De esta manera, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no se les exige una condición especial para el giro de estos recursos.

- c) Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de ESE categorizadas en el riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011: Los recursos destinados para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de ESE categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, se deben presupuestar para tal fin y deben permanecer en la cuenta maestra. Serán girados una vez aprobados dichos planes por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el MSPS con excepción de los pasivos laborales los cuales se pagarán prioritariamente, soportados en los documentos respectivos y se incorporarán a los planes de saneamiento fiscal y financiero de las ESE. Antes de ejecutar los recursos en cualquier otro componente del plan de saneamiento fiscal y financiero, se deben sanear las deudas laborales.
- d) Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud: Los recursos destinados para inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se deben presupuestar en la Entidad Territorial y en la Institución Prestadora de Servicios de Salud Públicas.

Los recursos se podrán ejecutar solo cuando los proyectos se encuentren incluidos y aprobados en el Plan Bienal de Inversiones en salud del distrito y debidamente aprobados por el MSPS. La ejecución de los proyectos debe darse en el marco de la organización de redes, del distrito.

Estos recursos destinados para inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación del componente médico asistencial podrán ser ejecutados mediante convenio interadministrativo con las ESE, cuando así lo considere la entidad territorial titular de los recursos.

De esta manera, para la ejecución de estos recursos las entidades territoriales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán dar aplicación a lo contemplado en la Resolución 1985 de 2013.

- e) Recursos para la capitalización en el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tenga participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta. Para el giro de estos recursos, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben tener cuentas por cobrar con las EPS beneficiarias de los recursos excedentes de la cuenta maestras del régimen subsidiado.