

Camara de Representantes
Secretaría General
CORRESPONDENCIA

18 AGO 2016

Radicado No. _____
Recibido Por: Sandoza

2835



Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: 201610001489841
Fecha: 12-08-2016
Página 1 de 4

Bogotá D.C.,

Doctor
JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
Secretario General
Cámara de Representantes
Congreso de la República
Carrera 7 # 8 – 68 Piso
Bogotá D.C

RECIBIDO
17 AGO 2016
FIRMA: 10862 10862
HORA: 2:08 pm 9

ASUNTO: Proposición 099. Radicado interno:
2016423013462252

De acuerdo a su solicitud de información, efectuada a través del cuestionario anexo a la Proposición 099 de 2016, sobre "Recientes procesos de intervención y liquidación de IPS y EPS públicas y privadas", este Ministerio, en el ámbito de sus competencias emite respuesta al numeral 4.

4. ¿Tiene el gobierno la decisión tomada de utilizar la vía administrativa para intervenir y racionalizar la red pública de hospitales del país?

Respuesta:

En su artículo 156, la Ley 1450 de 2011 determina los programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de redes de empresas sociales del Estado

"Artículo 156. Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado - ESE. El Programa deberá considerar como mínimo el diagnóstico de la situación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y del conjunto de la red en cada territorio incluyendo los componentes de acceso a la prestación de servicios, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera, los posibles efectos de la universalización y unificación sobre el financiamiento y operación de la misma, las fuentes de recursos disponibles, la definición y valoración de las medidas y acciones que permitan fortalecer la prestación pública de servicios, los ingresos y gastos y su equilibrio financiero, incluyendo medidas de ajuste institucional, fortalecimiento de la capacidad instalada, mejoramiento de las condiciones de calidad en la prestación y de la gestión institucional con especial énfasis en las relacionadas con el recaudo de ingresos por venta de servicios y deberá considerar adicionalmente lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, en lo pertinente.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201610001489841**

Fecha: **12-08-2016**

Página 2 de 4

El Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo viabilizar el programa respectivo de cada entidad territorial competente; definir el proceso de aprobación, la metodología, los criterios e indicadores que deberán contener estos programas, los cuales en cualquier caso estarán en armonía con los planes financieros integrales del régimen subsidiado territoriales. En el caso de los municipios certificados, el programa deberá contar con el concepto favorable del departamento respectivo.

El programa se financiará por la Nación y las entidades territoriales de acuerdo a lo establecido por el artículo 83 de la Ley 1438 de 2011 y con cargo a los recursos territoriales destinados a la prestación de los servicios de salud, entre los cuales se deberán contemplar los recursos propios, las rentas cedidas, incluidos los recursos a que hace referencia el artículo 35 de la Ley 1393 de 2010, los recursos de ETESA en liquidación o de la entidad que haga sus veces y aquellos que la entidad territorial decida asignar para el efecto, lo cual deberá quedar previsto en los planes financieros integrales territoriales del Régimen Subsidiado". (Subrayado fuera del texto original).

El programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de ESE (PTRRM) tiene como objetivos garantizar la prestación pública de servicios de salud, en condiciones de eficiencia y sostenibilidad, y adecuar la oferta de prestadores públicos en el territorio garantizando la accesibilidad de la población a este servicio con integralidad y calidad en la atención.

Adicional a esto, el PTRRM comprende el diagnóstico de las ESE y del conjunto de la red en cada territorio, para efectos de la determinación de las medidas y acciones para el fortalecimiento de la prestación pública de servicios de salud, mejoramiento de condiciones de calidad, fortalecimiento capacidad instalada, medidas de ajuste institucional y de gestión institucional.

Desde la promulgación de la citada ley, este Ministerio brinda asistencia técnica a las entidades territoriales en la elaboración y presentación de su respectivo PTRRM, al igual que su seguimiento u evaluación y eventual ajuste. Con excepción de La Guajira, a la fecha, todas las entidades departamentales y distritales tienen aprobado su PTRRM. Es bueno recordar que por no tener red pública de prestadores, las direcciones Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Distrital de Barranquilla no deben presentar este documento.

Adicionalmente, la Ley 1438 de 2011 determinó la categorización del riesgo de las ESE y los programas de saneamiento fiscal y financiero así:

"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

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



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201610001489841**

Fecha: **12-08-2016**

Página 3 de 4

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.

Las Empresas Sociales del Estado, atendiendo su situación financiera, se clasificarán de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

Cuando no se reciba la información utilizada para la categorización del riesgo de una Empresa Social del Estado o se detecte alguna imprecisión en esta y no sea corregida o entregada oportunamente, dicha empresa quedará categorizada en riesgo alto y deberá adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero, sin perjuicio de las investigaciones que se deban adelantar por parte de los organismos de vigilancia y control.

El informe de riesgo hará parte del plan de gestión del gerente de la respectiva entidad a la Junta Directiva y a otras entidades que lo requieran, sin perjuicio de las acciones legales pertinentes

Artículo 81. Adopción de Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Una vez comunicada la información de determinación del riesgo por parte del Ministerio de la Protección Social, dentro de los siguientes sesenta (60) días calendario, las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, deberán someterse a un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. Cuando una Empresa Social del Estado no adopte el programa de saneamiento fiscal y financiero en los términos y condiciones previstos, será causal de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 82. Incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal. Si con la implementación del programa de saneamiento fiscal y financiero, la Empresa Social del Estado en riesgo alto no logra categorizarse en riesgo medio en los términos definidos en la presente ley, deberá adoptar una o más de las siguientes medidas:

82.1 Acuerdos de reestructuración de pasivos.

82.2 Intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, independientemente de que la Empresa Social del Estado esté adelantando o no programas de saneamiento.

82.3 Liquidación o supresión, o fusión de la entidad.

Generará responsabilidad disciplinaria y fiscal al Gobernador o Alcalde que no den cumplimiento a lo dispuesto en el presente artículo”.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201610001489841**

Fecha: **12-08-2016**

Página 4 de 4

Para el cumplimiento de esta ley, el Ministerio ha generado 5 categorizaciones del riesgo (resoluciones 2509 de 2013, 1877 de 2013, 2090 de 2014, 1893 de 2015 y 2184 de 2016). En adición a esta gestión, en la última vigencia el Ministerio asignó recursos para mejoramiento de la capacidad física instalada por valor cercano a \$100.000. También se asignaron los siguientes recursos:

Año	Acto administrativo	Monto (\$millones)
Programas de saneamiento fiscal y financiero		
2013	Resolución 4874	147.000
2014	Resolución 5938	81.865
2015	Resolución 5321	42.306
Proyectos de fortalecimiento de la capacidad instalada para la prestación de servicios		
2013	Resolución 4915	14.354
2014	Resolución 5807	14.999
2015	Resolución 2078	49.321
	Resolución 5422	50.077
Contratos Plan		
2015	Resolución 3574	1.030
	Resolución 5038	5.523
Total		408.122

Con lo anterior se evidencia que el Ministerio de Salud y Protección Social ha tomado medidas para adecuar y fortalecer la red pública hospitalaria del país.

Por otra parte, se anexa la respuesta emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, correspondiente a los interrogantes 1, 2, 3, 5, 6, 7 y 8 del citado cuestionario, la cual fue remitida directamente a su despacho.

Cordialmente,


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

Anexos: 16 folios

ASFL02

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2016-072224**

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Por favor al contestar cite este número: **2-2016-072224**

Bogotá D.C

Fecha 12/08/2016 01:13 p.m.

Folios Anexos:

Origen Direccion De Medidas Especiales Para Prestadores De
Servicios De Salud Y Las Entidades Del Orden Territorial

Destino CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Copia

Doctor

Cristian José Moreno Villamizar

Honorable Representante A La Cámara

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Carrera 7 8 68 Piso 5

BOGOTA D.C. , DISTRITO CAPITAL

Referencia: **RESPUESTA A PROPOSICIÓN 099 DE JUNIO**

Referenciado: 1-2016-091347

De manera atenta y con el objeto de dar respuesta al cuestionario de la proposición 099 sobre "recientes procesos de intervención y liquidación de IPS y EPS públicas y privadas" presentada por el Honorable Representante Cristian José Moreno Villamizar, me permito contestar en los siguientes términos:

"1. ¿Cuál es la normatividad que le permite al gobierno nacional intervenir y liquidar entidades del sector salud?"

A continuación se señala el marco normativo por el cual la Superintendencia Nacional de Salud fundamenta su función de Inspección, Vigilancia y Control del sector salud:

- En virtud de lo dispuesto en el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, el Estado intervendrá en el servicio público de seguridad social en salud, con el fin de garantizar, entre otros, los principios consagrados en la Constitución Política y en los artículos 2 y 153 de la citada ley.
- Según lo dispuesto en el párrafo 2º del artículo 230 de la Ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control sobre las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica, competencia que fue reiterada por el artículo 68 de la Ley 715 de 2001.
- Por su parte, el párrafo 2º del artículo 233 de la Ley 100 de 1993 señala que el procedimiento administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Financiera de Colombia.
- Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley 1122 de 2007,

concordante con los artículos 2 y 3 del Decreto 2462 de 2013, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud ejercer, inspección, vigilancia y control sobre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud enunciados, entre otros, en los artículos 121 y 130 de la Ley 1438 de 2011.

- El Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Decreto 780 de 2016, estableció lo siguiente:
 - Artículo 2.5.5.1.1: *“De conformidad con lo dispuesto en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará en los procesos de intervención forzosa administrativa, para administrar o para liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como en los de intervención técnica y administrativa de las Direcciones Territoriales de Salud, las normas de procedimiento previstas en el artículo 116 del Decreto-ley 663 de 1993, la Ley 510 de 1999, y demás disposiciones que lo modifican y desarrollan.”*
 - Artículo 2.5.5.1.2: *“La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones y competencias, señaladas por los artículos 42.8 y 68 de la Ley 715 de 2001 podrá en todo tiempo ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las instituciones prestadoras de salud sin ánimo de lucro, con las excepciones allí previstas. Para este efecto, aplicará el procedimiento administrativo respectivo, conforme a las normas a que alude el artículo anterior .”*
 - Artículo 2.5.5.1.9: *“Las medidas cautelares y la toma de posesión de bienes haberes y negocios se regirán por las disposiciones contempladas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.*
- A su vez, el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, dispuso que el Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar o autorizar a las entidades vigiladas, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113 y las del 291 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud y la adecuada gestión financiera de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Es importante señalar que cuando sea el Gobierno Nacional el que decide directamente la supresión y liquidación de una entidad pública, es el Decreto Ley 254 de 2000, modificado por la Ley 1105 de 2006, el marco normativo aplicable para llevar a cabo el proceso liquidatorio. Sobre el particular la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la función de inspección, vigilancia y control, de conformidad con el artículo 41 del citado decreto.
- Por su parte el numeral 26 del artículo 6 del Decreto 2462 de 2013, dispuso:

“Artículo 6. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las siguientes funciones:

26. Adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) o las que hagan sus veces, prestadores de servicios de salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector

salud no asignados a otra entidad, así como intervenir técnica y administrativamente las Direcciones Territoriales de Salud.”

Respecto a la facultad de intervención técnica y administrativa de las Direcciones Territoriales de Salud a la que se refiere el párrafo anterior; dispuesta en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001 reglamentado por el Decreto 1015 de 2002; ratificada posteriormente por el artículo 37 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 124 de la Ley 1438 de 2011 y adoptado en el artículo 26 del Decreto 2462 de 2013, es importante aclarar que la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, mediante sentencia del expediente No. 1100103240002010-00 del 31 de julio de 2014, del Consejero Ponente, doctor Guillermo Vargas Ayala, dispuso, que si bien es cierto la Superintendencia Nacional de Salud tiene la facultad de ejercer intervención técnica y administrativa sobre las Direcciones Territoriales de Salud, no es competente para ordenar la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar dicha entidades.

“2. ¿Cuáles son los parámetros normativos, técnicos y administrativos que le indican al gobierno que una entidad debe ser intervenida o liquidada?”

Los parámetros normativos, técnicos y administrativos que le indican a la Superintendencia Nacional de Salud que una entidad debe ser intervenida o liquidada, se establecen en el artículo 114 del Decreto Ley 663 de 1993, como a continuación se indica. Es importante aclarar que cuando se haga mención a la Superintendencia Bancaria (Hoy Superintendencia Financiera), por analogía se debe interpretar como Superintendencia Nacional de Salud:

“Artículo 114. Causales. Modificado por el art. 20, Ley 510 de 1999 Corresponde a la Superintendencia Bancaria tomar posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios de una entidad vigilada cuando se presente alguno de los siguientes hechos que, a su juicio, hagan necesaria la medida y previo concepto del consejo asesor.

- a. Cuando haya suspendido el pago de sus obligaciones;
- b. Cuando haya rehusado la exigencia que se haga en debida forma de someter sus archivos, libros de contabilidad y demás documentos, a la inspección de la Superintendencia Bancaria;
- c. Cuando haya rehusado el ser interrogado bajo juramento, con relación a sus negocios;
- d. Cuando incumpla reiteradamente las órdenes e instrucciones de la Superintendencia Bancaria debidamente expedidas;
- e. Cuando persista en violar sus Estatutos o alguna ley;
- f. Cuando persista en manejar los negocios en forma no autorizada o insegura, y
- g. Cuando se reduzca su patrimonio neto por debajo del cincuenta por ciento (50%) del capital suscrito.
- h. Adicionado por el art. 20, Ley 510 de 1999 . Cuando existan graves inconsistencias en la información que suministra a la Superintendencia Bancaria que a juicio de ésta no permita conocer adecuadamente la situación real de la entidad;
- i. Adicionado por el art. 20, Ley 510 de 1999 . Cuando la entidad no cumpla los requerimientos mínimos de capital de funcionamiento previstos en el artículo 80 de este Estatuto;
- j. Adicionado por el art. 20, Ley 510 de 1999 . Cuando incumpla los planes de recuperación que hayan sido adoptados.
- k. Adicionado por el art. 33, Ley 795 de 2003 . Cuando incumpla la orden de exclusión de activos y pasivos que le sea impartida por la Superintendencia Bancaria, y
- l. Adicionado por el art. 33, Ley 795 de 2003 . Cuando se incumpla el programa de desmonte progresivo acordado con la Superintendencia Banca

2. Adicionado por el art. 20, Ley 510 de 1999 . a). Cuando se haya reducido su patrimonio técnico por debajo del cuarenta por ciento (40%) del nivel mínimo previsto por las normas sobre patrimonio adecuado;

Inciso. Adicionado por el art. 34, Ley 795 de 2003 . b). Cuando haya expirado el plazo para presentar programas de recuperación o no se cumplan las metas de los mismos, en los casos que de manera general señale el Gobierno Nacional, de conformidad con el artículo 48, literal i)."

- El Artículo 2.5.5.1.9. del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, determina que "Las medidas cautelares y la toma de posesión de bienes haberes y negocios se registrarán por las disposiciones contempladas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

La toma de posesión de bienes haberes y negocios se podrá adoptar como consecuencia de la revocatoria de la autorización de funcionamiento o de la habilitación, por el cumplimiento de las causales previstas en los estatutos para la liquidación o por la ocurrencia de las causales de revocatoria, cuando esté en riesgo el manejo de los recursos públicos de la seguridad social en salud o la prestación del servicio a sus afiliados. (...)"

Ahora bien, mediante la expedición del Decreto 2702 del 23 de diciembre de 2014, el Gobierno Nacional, actualiza y unifica las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud – EPS autorizadas para operar el aseguramiento en salud, así como los criterios generales para que la información financiera reúna las condiciones de veracidad, consistencia y confiabilidad necesarias para la adecuada y eficaz inspección, vigilancia y control.

Además de las condiciones de la información financiera y contable, que se establecen en el artículo 3 del citado decreto 2702, en el artículo 5 y 6 del mismo, se señalan las condiciones financieras de **patrimonio mínimo** y **patrimonio adecuado**, que deben cumplir y acreditar las EPS ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Sobre el particular, el artículo 5 del Decreto 2702 de 2014, fija y establece que las EPS deberán cumplir y acreditar anualmente ante la Superintendencia Nacional de Salud, un monto de capital mínimo que se ajustará en forma automática de acuerdo a la variación del Índice de Precios al Consumidor. En este sentido, para 2016, la tabla No 1 muestra los valores de capital mínimo que debe acreditar una EPS ya sea que opere el régimen contributivo y/o subsidiado y cuente con un plan complementario, así:

Tabla 1. Requisitos Capital Mínimo 2016 – Cifras en millones\$

CAPITAL MÍNIMO REQUERIDO EPS RC Y RS DECRETO 2702 DE 2014	2016
	Valor base + 6,77% IPC 2015
Capital Base	9.727
Capital Adicional por cada régimen y por Plan Complementario.	1.069
EPS con un solo régimen.	10.796
EPS con los dos regímenes, o RC + Plan Complementario.	11.865
EPS con dos regímenes y Plan Complementario.	12.934

Fuente: Decreto 2702 de 2014

A su vez, en los artículos 6, 7 y 8 del precitado decreto, se señalan las condiciones de cumplimiento, así como procedimientos y fórmulas para el cálculo de los indicadores de patrimonio adecuado, reservas técnicas y la inversión de estas últimas.

Indica la precitada norma en el artículo 9, que las entidades promotoras de salud, que a la fecha de entrada en vigencia de la norma, se encuentren habilitadas para operar el aseguramiento en salud y no cumplan con los requisitos financieros de capital mínimo, patrimonio adecuado, e inversión de las reservas técnicas, los deberán cumplir progresivamente dentro de los 7 años siguientes a la fecha de entrada en vigencia la norma.

De otra parte, mediante el artículo 12 del Decreto 2702 en comentario, que reglamenta directamente el incumplimiento de las disposiciones anteriores, precisa que *"El incumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia dentro de los plazos previstos en este decreto, dará lugar a la adopción de las medidas correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con sus competencias."*

Por otra parte, respecto de las medidas adoptadas a los prestadores de servicios de salud, se tienen en cuenta también aspectos relacionados especialmente con el incumplimiento a las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS, previstas en el artículo 3° del Decreto 1011 de 2006, incumplimiento a los principios de eficiencia, eficacia y efectividad que deben guardar todas las entidades que administran recursos públicos, como lo establece el artículo 2° de la Ley 100 de 1993 y artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, así como el incumplimiento de los procesos de habilitación y políticas de seguridad del paciente en la atención en salud.

Adicionalmente y para el caso específico de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, los parámetros técnicos son los siguientes:

- Componente Administrativo: este componente abarca el área de las deudas laborales y mantenimiento preventivo de la entidad.
- Componente financiero: en el componente financiero se evalúa la depuración de estados financieros, saneamiento de deudas acumuladas, corrección de pérdidas de ejercicio, procesos de facturación y cartera y como punto relevante se encuentra el déficit presupuestal de la entidad.
- Componente Jurídico: en cuanto a la gestión jurídica de la entidad la evaluación se centra en el cumplimiento del plan de compras y la eficiencia de la defensa jurídica.
- Componente Técnico Científico: para éste caso los indicadores verificados tienen que ver con el cumplimiento mínimo de requisitos de habilitación, indicadores de calidad en la oportunidad de los servicios de consulta médica general, especializada y el servicio de urgencias y por último indicadores de seguridad clínica.
- Componente de Servicio: en este componente se verifican el indicador de satisfacción al usuario, que tiene que ver directamente con la percepción que tienen los usuarios respecto de la atención recibida y el valor de la facturación del periodo, con el fin de determinar si la operación presenta equilibrio, es decir si con los ingresos se cubren los gastos generados por la venta de servicios.

"3. ¿Qué procesos previos se han adelantado en los casos de la EPS e IPS privadas y públicas ha efectuado el gobierno nacional para prevenir o evitar el cierre de estas entidades?"

La Superintendencia Nacional de Salud para evitar el cierre o liquidación de las EPS o IPS públicas o privadas, como entidad cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter técnico adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, cumple sus funciones con estricto cumplimiento del marco jurídico constitucional y legal.

Es así como a través del Decreto 2462 de 2013, por medio de la cual se reestructura la Superintendencia Nacional de Salud, se definieron las competencias y funciones de las Superintendencias Delegadas que la componen, las cuales tienen como fin esencial la sinergia de un sistema de salud eficaz y eficiente que garantice servicios de salud con calidad y económicamente sostenible.

Para tal efecto, se crearon cinco Superintendencias Delegadas:

Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos
Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario
Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional
Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos
Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación
Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales

La primera acción preventiva de la Superintendencia, en procura de evitar que las EPS e IPS entren en causal de disolución y liquidación, estriba en el ejercicio de las funciones y competencias de cada una de sus Delegadas, las cuales sintetizamos a continuación:

La Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos, tiene como función la inspección y vigilancia sobre los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los riesgos sistémicos, de conformidad con un modelo de supervisión basado en riesgos. Es así como inspecciona y vigila los procesos estratégicos de las entidades vigiladas, los procesos estructurales, tanto de salud como de operación y los riesgos originados en los procesos de apoyo de las entidades vigiladas de tipo técnico y financiero.

La Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario ejerce la inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de los derechos en salud y la debida atención y protección al usuario.

La Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional ejerce inspección y vigilancia integral de los sujetos vigilados individualmente considerados, respecto del cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo criterios de priorización y focalización.

La Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos es la encargada de adelantar la investigación administrativa, cuando en ejercicio de las diferentes actividades de inspección y vigilancia ejecutadas por las Superintendencias Delegadas, se evidencien asuntos que puedan conllevar infracción, por parte de los sujetos vigilados, de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por su parte la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación tiene como competencia ejercer la función jurisdiccional y de conciliación, a fin de garantizar derechos de la salud de las personas y servir de mediadora para resolver los conflictos que surjan entre los vigilados.

Por otra parte, La Superintendencia Nacional de Salud (SNS), a partir de la modificación de su estructura según lo dispuesto en el Decreto 2462 de 2013, ha desarrollado diferentes procesos para ejercer su función de inspección, vigilancia y control (IVC). Dichos procesos consisten fundamentalmente en el desarrollo de un modelo de Supervisión Basada en Riesgos (SBR), en

el diseño de metodologías e instrumentos que permitan la identificación de alertas para priorizar la supervisión y hacer seguimiento a los vigilados identificados que se encuentran en una posición vulnerable.

En primer lugar, para alcanzar el logro de recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema de salud del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 y acercar las funciones de IVC al ciudadano, esta Superintendencia plantea como estrategia principal desarrollar un modelo de Supervisión Basada en Riesgos, con el apoyo del Banco Mundial, que establezca para las entidades vigiladas la obligatoriedad de la identificación de los riesgos y el establecimiento de controles, para que a su vez la SNS realice la supervisión basada en la evaluación de la probabilidad y severidad de los riesgos significativos a los que están expuestas las entidades vigiladas.

Teniendo en cuenta que el desarrollo de dicho modelo requiere una etapa de formulación, diseño e implementación, la SNS ha diseñado de manera paralela instrumentos y metodologías que permiten tomar decisiones de IVC. Para Entidades Promotoras de Salud (EPS) se diseñó un indicador global de desempeño y un indicador de cumplimiento de condiciones financieras; el primero con el fin de determinar la priorización de entidades para auditoría in-situ y de facilitar el análisis de las falencias de las mismas; y el segundo con el fin de hacerle seguimiento al cumplimiento del Decreto 2702 de 2014. Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se considera la heterogeneidad de las mismas para lo cual se crea una clasificación con el fin de permitir el diseño de estrategias de IVC para entidades con características comparables. Adicionalmente, para priorizar las acciones de inspección y vigilancia (IV) y determinar las entidades a las cuales se les realiza auditorías in-situ, se diseña un indicador global de desempeño para IPS. Finalmente, para las entidades que se encuentran en medidas especiales se diseñaron matrices de seguimiento.

Como resultado de las acciones de inspección y vigilancia que desarrolla la Superintendencia Nacional de Salud, se toman decisiones sobre las entidades de acuerdo a su desempeño en el sistema, incluyendo variables que no son observables mediante la información de las bases de datos del sector salud y que en su mayoría se obtienen de actividades de supervisión in-situ. Es por esto que, para contar con un análisis más exhaustivo, se le asigna una calificación asociada al tipo de medida que ha tomado sobre la entidad vigilada la Superintendencia Nacional de Salud; esta calificación se denomina el indicador de medidas especiales.

Para las IPS, la Superintendencia desarrolló una metodología de clasificación de entidades para hacer el acompañamiento y supervisión adecuada a fin de evitar la materialización de riesgos sistémicos (CE 018 de 2015) a partir del análisis de la distribución de ciertas variables lo cual clasificó a las IPS en 7 grupos con diferentes características, como se especifica en la Circular Externa 018 de 2015, para los cuales se diseñan políticas diferenciadas y acorde a sus observables. Esta agrupación se basa en tres conceptos, el primero relacionado con el NIT de la IPS y los NIT de las Aseguradoras, el segundo con la vulnerabilidad de la población atendida, y, por último, con el tamaño de la entidad. Este último concepto se recoge a través de diferentes variables como son el nivel de complejidad, clasificación NIIF, y número y tipo de servicios habilitados. Los umbrales seleccionados para los criterios de tamaño se seleccionan a partir de la distribución de las diferentes variables.

Con el fin de realizar el análisis de desempeño de las IPS para acciones de IVC se diseñó un índice global de desempeño, que en su concepto es similar al diseñado para EPS. Sin embargo, debido a las características de la entidad tienen diferencias importantes. El índice global de desempeño para IPS está compuesto por tres componentes: el indicador de calidad, el indicador de eficiencia y el indicador financiero. Sin embargo, para IPS privadas, debido a la disponibilidad de información, se calcula únicamente el indicador financiero para decisiones de IVC.

Para IPS públicas El indicador de calidad es un indicador compuesto que recoge indicadores de calidad de acuerdo al nivel de complejidad de la entidad, permitiendo la comparación de las entidades en términos de sus resultados en el servicio de salud. Los indicadores utilizados

corresponden a los definidos en la Resolución 1446 de 2006. El indicador de eficiencia también es determinado teniendo en cuenta el nivel de complejidad de la entidad.

De otro lado y en lo que concierne exclusivamente a las acciones del Gobierno Nacional para apoyar la superación de los factores críticos que ponen en riesgo la permanencia de prestadores y aseguradores dentro del sistema, se pueden mencionar, entre otros, los siguientes de tipo económico:

- Creación del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET, como un fondo cuenta, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones por parte de las ESE que se encuentren en riesgo alto o medio, que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación. Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, independiente del riesgo financiero en el que se encuentre la Institución. (Art 50 de la ley 1438 de 2011, modificado por el art 7 de la ley 1608 de 2013.
- Recursos para el financiamiento del Régimen Subsidiado en Salud. Mediante el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, se definieron los recursos que componen la UPC del régimen subsidiado. De los cuales se destacan, recursos del IVA de la Ley 1393 de 2010. Así mismo, fortaleció el régimen jurídico para que las Entidades Territoriales garanticen la asignación sostenida de recursos propios destinados a financiar la UPC S.
- Programas de saneamiento fiscal y fiscal y financiero de la ESE. Con el propósito de superar las dificultades que llevaron a las ESE a ser calificadas en riesgo medio y alto por el Ministerio de Salud y Protección Social, se dispuso que estas se sometieran a un programa de saneamiento fiscal y financiero presentado ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. De persistir tal situación, la ESE suscribirá ante la Superintendencia Nacional de Salud, como segunda instancia de salvamento un Programa de Gestión Integral del Riesgo – PGIR, el cual a partir de un minucioso diagnóstico en los componentes administrativo, institucional, jurídico y financiero, formula las acciones de mejora que serán objeto de seguimiento, monitoreo y evaluación por parte de la entidad de IVC.
- Giro Directo. A partir del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, reglamentado por el Decreto 971 de 2011, se establece el mecanismo de giro directo a las EPS y a las IPS. Lo anterior permitió que el Ministerio de Salud transfiera directamente los recursos que componen la UPC, excepto los recursos propios de las Entidades Territoriales, a las EPS y a las IPS, sin que estas perdieran la facultad de administrar el régimen subsidiado mediante el seguimiento y control. Con ello, se buscó mejorar el flujo de los recursos a las EPS e IPS. Así mismo, mediante la Resolución 2320 de 2011 el Ministerio reglamentó el procedimiento del giro directo de las EPS a las IPS.
- Uso de los recurso de cuentas Maestras del régimen subsidiado. Con el fin de que las Entidades Territoriales pudieran hacer uso de los recursos remanentes en las cuentas maestras del régimen subsidiado, en reglamentación al artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, se expidieron las siguientes normas: Decreto 1080 de 2012, Ley 1608 de 2013 y Decreto 058 de 2015. Con dichas disposiciones se buscó el saneamiento de las deudas del régimen subsidiado, cuyo mecanismo buscaba en todo momento que los recursos llegaran a las IPS oportunamente. Con los remanentes de dichos recursos, una vez pagados las deudas del régimen subsidiado, las Entidades Territoriales podrán destinarlos para pago de deudas de recursos de oferta, programas de saneamiento fiscal de la red pública e inversión en infraestructura y dotación de la misma.

- Condiciones financieras y de Solvencia de las EPS, con el propósito de unificar las condiciones financieras de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud, se expidió el Decreto 2702 de 2014, cuyo objetivo es garantizar que las aseguradoras en salud cuenten con un margen de solvencia que asegure la liquidez de la entidad a través de un capital social mínimo y unas reservas técnicas invertidas, que aseguren un soporte económico sostenible.
- Mediante la Ley 1797 del 13 de julio de 2016, se fijaron medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector y en el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad de la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- Finalmente, previo a adoptar una medida de intervención o liquidación frente a las IPS o EPS, el Gobierno dispuso de las medidas cautelares señaladas en el artículo 113 del Decreto Ley 663 de 1993.

"4. ¿Tiene el gobierno la decisión tomada de utilizar la vía administrativa para intervenir y racionalizar la red pública hospitalaria del país?"

La respuesta a esta pregunta será contestada por el Ministerio de Salud y Protección social

"5. ¿A la fecha y desde el 2010, ¿Cuánta [sic] entidades públicas y privadas se han intervenido o liquidado?"

A continuación se relacionan las EPS liquidadas o en liquidación desde el año 2010 a la fecha.

En total han ingresado a intervención para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, 20 EPS, de las cuales 11 ya están liquidadas, dos salieron de intervención y pasaron a medida preventiva y 7 se encuentran en proceso de liquidación.

Tabla 2. Número de EPS con medidas de Intervención o liquidación desde el año 2010 a Julio de 2016

TIPO DE ENTIDAD	EN PROCESO	TERMINADAS		TOTAL
	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	INTERVENCIÓN PARA ADMON	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	
EPS PRIVADA	7	2	9	18
EPS PUBLICA	0		2	2
TOTAL	7	2	11	20

Fuente: Archivo, Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales.

Con respecto a Instituciones Prestadoras de Salud, en la tabla No 3 se presenta el número Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Intervenidas para Administrar o Liquidar desde el 2010 a julio de 2016, así:

Tabla 3. Número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Intervenidas para Administrar o Liquidar desde el 2010 a julio de 2016

TIPO DE ENTIDAD	EN PROCESO		TERMINADAS		TOTAL
	INTERVENCIÓN PARA ADMINISTRAR	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	INTERVENCIÓN PARA ADMINISTRAR	INTERVENCIÓN PARA LIQUIDAR	
IPS PRIVADA	0	1	3	1	5
IPS PUBLICA	5	3	11	1	20
TOTAL	5	4	14	2	25

Fuente: Archivo, Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales

Desde el año 2010 a la fecha se ha ordenado intervenciones forzosas para administrar y liquidar a 25 instituciones prestadoras de servicios de salud, de las cuales 9 se encuentran en proceso y 16 se terminaron.

"6. ¿En el ejercicio de intervención y liquidación de entidades del sector salud el gobierno tiene corte de cuentas que le permita decir que dichas medidas produjeron mejoría en el sistema? Al respecto, se solicita remitir indicadores que demuestren mejora en la oportunidad y calidad de atención de las EPS SALUDCOOP Y CAFESALUD, así como en la mejora de los pagos a la red prestadora de las mencionadas EPS."

La Superintendencia Nacional de Salud, dependiendo de las circunstancias y causas particulares de tipo financiero, de prestación del servicio, administrativo y jurídico de la entidad vigilada, que pongan en riesgo la calidad en la prestación del servicio de salud y la sostenibilidad económica de la misma, adopta una de las medidas dispuesta en los artículos 113 y 115 y 117 del Estatuto Orgánico del Sector Financiero, Decreto Ley 663 de 1993, modificado por la Ley 510 de 1999 y 795 de 2003, entre otras, ya indicadas en el punto 3.

Una vez adoptada la medida, mediante acto administrativo proferido por la Superintendencia Nacional de Salud, se fija en el mismo el tiempo que esta durará, el cual podrá ser prorrogado, de ser necesario.

Exceptuando las de intervención forzosa administrativa para liquidar, cada entidad en medida especial preventiva o administrativa, adoptará un plan de acción o programa de recuperación, que deberá ser cumplido en el tiempo establecido de la intervención.

En ese orden de ideas, el **"corte de cuentas que le permita decir que dichas medidas produjeron mejoría en el sistema"**, lo indica el seguimiento individualizado y colectivo de las medidas o acciones adoptadas.

Cafesalud EPS, actualmente se encuentra en medida de vigilancia especial, ordenada, mediante Resolución No 001610 del 28 de agosto de 2015 la cual irá por un (1) año, es decir, hasta el 31 de agosto de 2016.

A su vez, Saludcoop EPS OC en Liquidación, la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la intervención forzosa administrativa para liquidar mediante la Resolución 2414 del 24 de noviembre de 2015, por el término de dos (2) años.

Frente a la pregunta de este mismo punto de **"Al respecto, se solicita remitir indicadores que demuestren mejora en la oportunidad y calidad de atención de las EPS SALUDCOOP Y CAFESALUD, así como en la mejora de los pagos a la red prestadora de las mencionadas EPS"**, se indica lo siguiente:

De acuerdo con los indicadores que deben reportar las EPS en los periodos y condiciones fijados en las normas vigentes, a continuación se presentan los resultados observados para la EPS Cafesalud, separando aquellos que corresponden al Régimen Contributivo y al Subsidiado, y en lo que corresponde a los indicadores de alerta temprana y de oportunidad y

calidad.

INDICADORES DE CAFESALUD EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO

En la Tabla 4, se presentan los indicadores de alerta temprana reportados por Cafesalud EPS R.C, a través de la Circular Única en el archivo tipo 120 para el año 2015 y el primer trimestre del 2016 y que presentan una tendencia a la mejora.

Tabla 4. Indicadores Alerta Temprana 2015 a 2016 - I Cafesalud R.C.

Indicador	2015 I Trim	2015 II Trim	2015 III Trim	2015 IV Trim	2016 I Trim
Oportunidad de servicios de imagenología y diagnóstico especializado tac	2,36	1,35	3,51	2,27	1,98
Oportunidad toma de muestras laboratorio básico	0,84	0,75	0,87	1,15	0,92
Tiempo de consulta de odontología general	2,06	3,45	1,86	1,38	1,10

Fuente: Información reportada por la entidad según lo dispuesto por la SNS – Circular única. Archivo Tipo 0120.

A continuación en la tabla 5 se presentan los indicadores de calidad para CAFESALUD EPS, R.C, contenidos en anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006 y de acuerdo a la información reportada por la EPS en el archivo Tipo 032 de la Circular Única desde el año 2013 hasta el primer semestre de 2015, donde se evidencia un mejor comportamiento en la mayoría de sus indicadores de calidad.

Tabla 5. Indicadores Calidad 2013 a 2015 Cafesalud R.C.

Indicador	2013 sem 1	2013 sem 2	2014 sem 1	2014 sem 2	2015 sem 1	2015 sem 2
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	2,6	3,4	3,2	2,3	2,7	1,4
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general	10,1	12,9	9,4	9,7	9,2	8,4
Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología	3,8	3,8	2,3	1,7	2,8	1,6
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	95,7	92,5	99,2	98,9	97,7	99,0

Fuente: Información reportada por la entidad según lo dispuesto por la SNS – Circular única. Archivo Tipo 032.

INDICADORES DE CAFESALUD EPS REGIMEN SUBSIDIADO

Los indicadores de alerta temprana reportados por Cafesalud EPS R.S, a través de la Circular Única en el archivo tipo 120 para el año 2015 y el primer trimestre del 2016 y que presentan mejora se presentan en la tabla 6.

Tabla 6. Indicadores Alerta Temprana 2015 a 2016 - I Cafesalud R.S.

Indicador	2015 I Trim	2015 II Trim	2015 III Trim	2015 IV Trim	2016 I Trim
Tiempo de espera en consulta médica especializada - cirugía general	5,09	5,73	7,39	6,22	5,99

Fuente: Información reportada por la entidad según lo dispuesto por la SNS – Circular única. Archivo Tipo 0120.

Con referencia a los indicadores de calidad para CAFESALUD EPS, R.S y que están contenidos en anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006 presentó mejoría en 6 indicadores

- que se describen en la tabla 7.

Tabla 7. Indicadores Calidad 2013 a 2015 Cafesalud R.S.

Indicador		2013 sem 1	2013 sem 2	2014 sem 1	2014 sem 2	2015 sem 1	2015 sem 2
ACCESIBILIDAD	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	2,58	3,39	3,22	2,32	2,67	1,36
	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general	10,14	12,90	9,40	9,72	9,18	8,44
	Oportunidad de entrega de medicamentos POS	97,21	97,25	95,95	95,87	93,78	97,39
OPORTUNIDAD	Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología	3,83	3,81	2,34	1,71	2,77	1,56
	Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	5,35	2,23	2,86	3,34	4,13	1,98
	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	95,65	92,45	99,16	98,88	97,67	99,00

Fuente: Información reportada por la entidad según lo dispuesto por la SNS – Circular única. Archivo Tipo 032.

Ahora bien, Con relación a los indicadores que presentan mejora en la oportunidad y calidad de la atención de Saludcoop EPS, cabe señalar que en razón a que la Superintendencia Nacional de Salud evidenció un alto riesgo en la prestación del servicio de salud y la situación financiera del sistema, ordenó la Liquidación de Saludcoop EPS OC, mediante la Resolución 2414 de 2015, razón por la cual los afiliados fueron asignados a Cafesalud a partir del 1 de diciembre de 2015, por lo tanto no se generan indicadores por prestación de servicios.

Por otro lado, en cuanto a la solicitud de **“remitir indicadores que demuestren mejora de los pagos a la red prestadora”** es importante dar a conocer previo a la presentación de la situación actual de la cartera de la EPS Cafesalud, algunos elementos financieros relacionados con el inicio de la operación de esta EPS al recibir los afiliados de Saludcoop:

Hacia finales del mes de mayo del año en curso, la Superintendencia publicó el Boletín de Seguimiento de las condiciones financieras de permanencia de que trata el Decreto 2702 de 2014; normatividad mediante la cual se fijaron los indicadores que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud -EPS- tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Para aquellas que presentan faltantes en sus indicadores de Capital, Patrimonio e inversión de las reservas técnicas se concedió un plazo de 7 años, con metas anuales de reducción, conocido como periodo de transición.

En el seguimiento realizado con respecto a las EPS que cumplieron y no cumplieron con lo previsto en el citado Decreto; se precisa que al corte diciembre de 2015, Cafesalud se ubicó en el grupo de EPS que cumplieron las metas esperadas.

Dada la importancia sistémica del traslado a Cafesalud de los 4.5 millones de afiliados de Saludcoop y dados los mecanismos previstos en el Decreto 1681 del 20 de agosto de 2015, la operación de Cafesalud se fortaleció con recursos del orden de los \$200 mil millones de una emisión por parte del Fosyga de Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones, instrumento conocido como BOCAS, con el fin de lograr las condiciones de operación, sostenibilidad y cancelación oportuna de las obligaciones a su cargo.

La emisión estuvo acompañada de un Convenio de Desempeño celebrado entre el Ministerio y la EPS Cafesalud para asegurar: por una parte, el repago de la deuda en un plazo de aproximadamente diez años, tiempo en el cual la operación logra su estabilización y por otra

parte, la adecuada prestación del servicio para sus afiliados y su reflejo en los resultados financieros.

El escenario financiero y de operación, construido para estabilizar condiciones de operación y sostenibilidad para la entidad, prevé en el primer año, es decir 2016, una generación de pérdidas, las cuales se van absorbiendo con los resultados favorables del nuevo modelo de atención, la economía en el uso de los recursos públicos, y la transparencia en la política de pagos y de contratación. En particular, el modelo financiero que sirvió de base para la suscripción de los Bonos Obligatoriamente Convertibles en Acciones -BOCAS- prevé una pérdida en la operación de Cafesalud cercana a los \$240 mil millones en el primer año de operación.

Se debe señalar que, al inicio de la entrada de operación de Cafesalud con el total de la población con la que venía operando más la proveniente de Saludcoop, es decir, con una población total afiliada cercana a los 6,5 millones de personas; se presentaron problemas, principalmente asociados con el pago a los prestadores, originados en los procesos de radicación de las facturas, auditoría y conciliación de cartera. Estos problemas se han venido solucionando a través de diferentes mecanismos que han permitido: agilizar los procesos de radicación de las facturas, conciliar cuentas, y realizar pagos a los diferentes prestadores.

Aclarado lo anterior, el estado actual de los pagos a la Red Prestadora, según la información reportada por Cafesalud EPS en el Régimen subsidiado con corte a 30 de junio de 2016, se muestra a continuación en la tabla 8.

Tabla 8. Balance pago a red prestadora Cafesalud R. Subsidiado

RED	VALOR PRESENTADO	VALOR PAGADO	% PAGO	CANTIDAD PRESTADORES
MIXTA	2.541.405.921	1.214.936.686	48%	2
PUBLICA	259.044.141.401	186.405.794.150	72%	586
FUNDACIONES	18.949.691.024	10.916.365.522	58%	20
PRIVADA	252.224.662.027	170.181.625.908	67%	839
TOTALES	532.759.900.372	357.802.356.744	67%	1447

Fuente: Información reportada por la entidad para el periodo 1 de diciembre de 2015 al 30 de junio de 2016.

En este régimen la entidad cuenta con 1,5 millones de afiliados. La red prestadora de servicios para el régimen subsidiado está compuesta por 1.447 entidades: de naturaleza privada (47%), pública (49%), mixta (0,48%) y fundaciones (4%). El porcentaje de pago a la red prestadora, teniendo en cuenta la cartera generada desde diciembre 1 de 2015 hasta el 30 de junio de 2016, es del 67%, correspondiente a pagos por un monto de \$357,8 mil millones frente a \$532,8 mil millones de facturas presentadas por los prestadores.

Con referencia al Régimen contributivo, la entidad cuenta con 4,6 millones de afiliados. La red prestadora de servicios para el régimen contributivo está compuesta por 2.396 entidades: de naturaleza privada (93%), pública (7%) y mixta (0,12%). Como se observa en la tabla 9, el porcentaje de pago a la red prestadora, teniendo en cuenta la cartera generada desde diciembre 1 de 2015, fecha en que absorbió la población que venía de Saludcoop, hasta el 30 de junio de 2016, es del 73%, correspondiente a pagos por un monto de \$2,074 mil millones

frente a \$2,851 mil millones de facturas presentadas por los prestadores.

Tabla 9. Balance pago a red prestadora Cafesalud R.C.

RED	VALOR PRESENTADO	VR PAGADO	% PAGO	CANTIDAD PRESTADORES
MIXTA	3.318.130.270	1.215.239.117	37%	3
PUBLICA	209.292.256.828	96.384.065.095	46%	746
PRIVADA	2.639.033.718.395	1.976.446.136.904	75%	1647
TOTALES	2.851.644.105.493	2.074.045.441.116	73%	2396

Fuente: Información reportada por la entidad para el periodo 1 de diciembre de 2015 al 30 de junio de 2016.

Con relación a los indicadores que demuestran mejora en el pago a la red prestadora de Saludcoop EPS, es preciso señalar que durante el proceso de intervención las actividades desarrolladas revelaron la situación financiera de Saludcoop EPS OC, en especial la atinente a los acreedores por prestación de servicios de salud y contingencias judiciales y por lo tanto Saludcoop EPS OC se encuentra en proceso liquidatorio de conformidad con la Resolución 2414 de 2015.

“7. ¿Cuál es el criterio utilizado para designar interventores y liquidadores de la empresas intervenidas por el gobierno?”

Se debe indicar, que de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, es competencia de la Superintendencia Nacional de Salud ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las Direcciones Territoriales de Salud, en los términos de la ley y los reglamentos.

Que conforme lo dispuesto en los artículos 32 y 35 del Decreto 1922 de 1994 y 1º y 2º del Decreto 1015 de 2002, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará en los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o para liquidar las entidades vigiladas, las normas de procedimiento previstas en los artículos 114, 115 y **116** del Decreto-ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), la Ley 510 de 1999, el Decreto 2418 de 1999 y las demás disposiciones que lo modifican y desarrollan.

En aplicación del marco normativo que regula los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar entidades vigiladas y aplicando por remisión las disposiciones previstas en los artículos 291, 295 modificados por el artículo 24 y el artículo 28 de la Ley 510 de 1999 y 296 del Decreto-ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico de Sistema Financiero), corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud designar discrecionalmente a los interventores, liquidadores y contralores.

Como consecuencia de la mencionada competencia, la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Resolución No. 1947 de 2003 *“Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el nombramiento y posesión de Interventores, Liquidadores y Contralores designados por la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”*.

El artículo cuarto del mencionado acto administrativo, establece que esta Entidad llevará por separado un Registro de Interventores y Liquidadores y un Registro de Contralores que estará constituido por el listado de personas naturales y jurídicas que soliciten su inscripción y cumplan los requisitos mínimos exigidos para poder ser designados como Interventores o Liquidadores.

Para la designación y posesión de los Agentes Especiales Interventores, Liquidadores y

Contralores, el Comité de Intervenciones (actualmente Comité de Medidas Especiales) y el Superintendente Nacional de Salud, deben verificar que los nominados reúnan los siguientes requisitos mínimos:

- Ser profesional con título universitario y tener experiencia mínima de cinco (5) años en el manejo de procesos concursales o liquidatorios o en áreas afines a la actividad jurídica, comercial o de prestación de servicios que desarrollen las entidades intervenidas.
- Demostrar idoneidad personal y profesional;
- Estar inscrito en el Registro de Interventores y Liquidadores o en el Registro de Contralores de la Superintendencia Nacional de Salud, según el caso;
- Cuando se trate de la designación de una persona jurídica como Interventora, Liquidadora o Contralora, deberá haber sido constituida por lo menos con un (1) año de anterioridad a la fecha de su designación y acreditar que dispone de la infraestructura técnica, operativa, financiera y económica adecuada para el desempeño de la función. También deberá acreditar que tiene personal calificado que reúna todos los requisitos exigidos a las personas naturales para ser Interventores, Liquidadores o Contralores, según el caso.

Adicionalmente, el Comité de Medidas Especiales, una vez verificada la inscripción en el Registro de Interventores, Liquidadores y Contralores que lleva la Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales y constatado que no se encuentra incurso en inhabilidades, incompatibilidades o impedimentos para su designación, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 4° del artículo 3° de la Resolución 000461 de 2015 recomienda al Superintendente Nacional de Salud *"La designación o remoción de Promotores, Agentes Interventores, Liquidadores o Contralores de las entidades vigiladas sujetas a acciones y medidas especiales"* y posteriormente el Superintendente Nacional de Salud mediante acto administrativo designa los interventores y liquidadores y Contralores de las empresas intervenidas.

Respecto a este mismo asunto, la reciente Ley 1797 de 2016, indica en el artículo 27, que:

"Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), así como destacadas firmas de interventoría, revisoría fiscal y auditoría podrán registrarse ante la Superintendencia Nacional de Salud a fin de obrar como interventores dentro de las medidas especiales de intervención para administrar o para liquidar que se llegase a aplicar a una entidad administradora de planes de beneficios. Para ello, se observarán las causales de inhabilidad, incompatibilidad y/o conflictos de intereses que existan al momento de seleccionar al interventor, las cuales se harán extensivas a las personas naturales por medio de las cuales se cumplan las labores de interventoría."

"8 . En los últimos días se han conocido informaciones sobre el presunto manejo irregular de liquidación de la EPS SALUDCOOP tales como el favorecimiento a personas cercanas por parte del liquidador para la prestación de algunos servicios, al igual que la creación de empresas que pretendían contratos de CAFESALUD. ¿El Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud tienen información al respecto?"

Sobre el particular, se informa que la Superintendencia Nacional de Salud, conoció de fuente directa del Ex Agente Liquidador de Saludcoop EPS en Liquidación, Luis Martín Leguizamón Cepeda, de presuntos hechos e irregularidades de carácter contractual y operativo presentados al interior de la EPS y cuyos protagonistas estaban en cabeza de funcionarios directivos de su entera confianza.

Respecto a los presuntos hechos, se aclara que según información del Ex Agente Liquidador, sólo había impartido instrucciones para que dichos funcionarios adelantaran mecanismos legales, de naturaleza societaria, que asumieran las tareas que las Instituciones Auxiliares del Cooperativismo Jurisalud y Gestión Administrativa desempeñaban dentro del Grupo

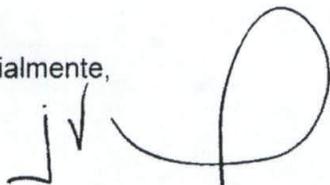
Empresarial Saludcoop, debido a que Saludcoop, como mayor aportante en esas Instituciones, por mandato legal, debía retirarse de las mismas por encontrarse en liquidación. En ningún momento, impartió instrucción para que miembros de su equipo de trabajo hiciesen parte, en calidad de socios de esas sociedades.

Enterado el Ex Agente Liquidador de las presuntas irregularidades de carácter contractual y operativo, dio instrucción de no suscribir contrato alguno por parte de esa sociedad con empresas del Grupo y proceder a su desactivación. Así mismo, retiró de forma inmediata a los funcionarios involucrados.

De esta forma, no se configuró daño alguno para el Grupo Empresarial, no se celebraron contratos irregulares, no se desembolsó recurso alguno, tampoco afectó los procesos de determinación de acreencias en curso, de valoración de activos, de operación propios de la EPS.

Paso a seguir el Señor Leguizamón, dio explicaciones de lo ocurrido a ésta Superintendencia Nacional de Salud y presentó renuncia por los hechos acaecidos, la cual fue aceptada inmediatamente y se designó como nueva Agente Liquidadora a la doctora Ángela María Echeverri Ramírez.

Cordialmente,



Javier Antonio Villarreal Villaquiran
Superintendente Delegado Para Las
Medidas Especiales

Elaboró: Emilia Vargas Aldana 12/08/2016
Proyectó:
Revisó: JAVIER ANTONIO VILLARREAL VILLAQUIRAN
JAVIER ANTONIO VILLARREAL VILLAQUIRAN con comentario: Aprobado
Responsable Javier Antonio Villarreal Villaquiran
Copia Interna:
Copia externa:
No. Paginas: 0
No. Anexos:
No. Folios:
Fecha 12/08/2016
Radicación:
Número guía:
Fecha guía:
Responsables que han revisado: Javier Antonio Villarreal Villaquiran