

Bogotá, D.C., octubre de 2020

Doctor

JUAN DIEGO ECHAVARRÍA SÁNCHEZ

Presidente de la Comisión Séptima Constitucional Permanente

Cámara de Representantes

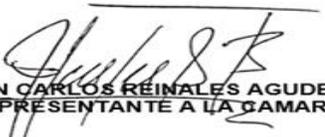
E. S. D.

Asunto: Informe de ponencia para primer debate al proyecto de Ley 248 de 2020 “Por medio del cual se modifica la ley 1438 de 2011 y se dictan otras disposiciones”.

Respetado presidente,

En los términos de los artículos 174 y 175 de la Ley 5ª de 1992, y en cumplimiento de la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, me permito presentar informe de ponencia positiva para primer debate del Proyecto de Ley 248 de 2020 Cámara “Por medio del cual se modifica la ley 1438 de 2011 y se dictan otras disposiciones”.

Cordialmente,



JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUAN CARLOS REINALES AGUDELO

Representante a la Cámara

Departamento de Risaralda

Partido Liberal Colombiano

Coordinador Ponente



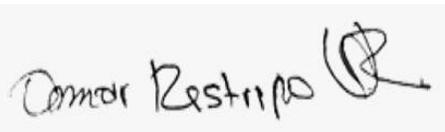
ÁNGELA PATRICIA SÁNCHEZ LEAL

Representante a la Cámara

Por Bogotá

Partido Cambio Radical

Ponente



OMAR DE JESÚS RESTREPO

Representante a la Cámara

Partido FARC

Ponente

Contenido

1. OBJETO DE LA INICIATIVA	2
2. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA	2
3. CONTEXTO DE LA SALUD EN COLOMBIA	3
4. JUSTIFICACIÓN	4
A. SITUACIÓN DEL FLUJO DE RECURSOS EN LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO SEGÚN MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	38
B. MECANISMOS COMO ESTRATEGIA PARA GENERAR FLUJO DE RECURSOS SEGÚN NORMATIVIDAD COLOMBIANA	39
C. COMPRA DE CARTERA	39
D. ACUERDO DE PUNTO FINAL	40
E. SITUACIÓN DEL FLUJO DE RECURSOS EN LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO SEGÚN ADRES	41
F. RECLAMACIONES RADICADAS POR IPS A LA ADRES ENTRE MAYO 2018 Y ABRIL DE 2020	42
5. MARCO NORMATIVO	43
6. IMPACTO FISCAL	48
7. CONCEPTOS	48
8. TEXTO PROPUESTO DE MODIFICACIONES	50
9. PROPOSICIÓN	55
10. POSIBLES CONFLICTOS DE INTERÉS	55
11. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMERA DEBATE	57

1. OBJETO DE LA INICIATIVA

La presente iniciativa legislativa tiene como objeto, crear el Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud, a través del cual se recaudará un porcentaje de los recursos destinados a la administración del régimen contributivo y subsidiado, para sanear las cuentas no pagadas por parte de las Entidades Promotoras en Salud que entren en proceso de liquidación.

2. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

Esta iniciativa corresponde al Proyecto de Ley No. 248 de 2020 Cámara radicado el pasado de 28 abril de 2020. Debido a la contingencia y dificultades generadas por el COVID-19 en el trámite de los proyectos de ley, este proyecto fue archivado por

tránsito de legislatura, sin habersele podido dar discusión a la ponencia de primer debate en la Comisión Séptima de la corporación (Ponencia publicada en Gaceta 175 de 2020).

Valga la pena mencionar que, esta iniciativa contiene no solo el articulado propuesto en la ponencia mencionada, sino las propuestas presentadas por honorables representantes que, en la legislatura pasada habían radicado ponencia para primer debate. El texto propuesto de modificaciones se tuvo en cuenta para la presentación de esta ponencia.

3. CONTEXTO DE LA SALUD EN COLOMBIA

A partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993 por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, se establecieron alcances en: Cobertura en salud a todos los habitantes del país, el reconocimiento a la EPS de la Unidad de Pago por Captación (UPC) y la existencia del régimen subsidiado, entre otros.

Se buscó realizar el análisis del flujo de recursos del sistema de salud, con el fin de subsanar los inconvenientes que generaba el funcionamiento. Para ello, el Gobierno Nacional expidió decretos reglamentarios y con el paso de los años, se fueron presentando problemáticas, sobre la inoportunidad del flujo de recursos en los regímenes contributivo y subsidiado.

Para el año 2011, en el uso de sus facultades contempladas en el artículo 114 de la constitución política, el Congreso de la República, aprobó la expedición de la Ley Estatutaria 1438 de 2011, por medio de la cual se redefine el sistema de seguridad social en salud. Esta ley, modificó las condiciones de operación del régimen subsidiado, se reemplazaron los contratos de aseguramiento que suscribían las entidades territoriales y EPS para la afiliación de la población vulnerable y se elimina la intermediación del municipio en la validación y liquidación de la UPC. La nueva normatividad le otorga a las EPS mayor fortalecimiento en su papel como intermediarias financieras del sistema de salud y de manera progresiva fue prevaleciendo en ellas su interés financiero particular, por encima del bien colectivo y función social en la prestación del servicio de salud.

Esta nueva relación en el sistema de salud entre las EPS y las IPS (privadas y públicas), impone unas EPS con integración vertical (muchas de ellas con clínicas, instituciones de imágenes diagnósticas y laboratorios, entre otros, de propiedad de la misma organización), con gran autonomía en el manejo de los recursos para invertir, aún en acciones y actividades por fuera del ámbito de la prestación del servicio de salud, tal y como lo prohíbe la ley 1438 en su artículo 23, ejemplo de ello, tenemos las escandalosas inversiones de SALUDCOP, que entre otras razones llevaron a su posterior quiebra y liquidación. Así mismo, se incrementan sistemáticamente las deudas por pagar a las IPS, aumentando de manera peligrosa sus carteras que a la postre, se convirtieron en imposibles de recuperar y contribuyeron decididamente al déficit financiero, que en muchas ocasiones propició la intervención de la Superintendencia Nacional de Salud.

En contraste, las IPS debieron ajustar sus procedimientos para equilibrar su balanza financiera, acortando los tiempos de atención al usuario, restringiendo la recomendación de exámenes médicos complementarios, recetando medicamentos básicos y genéricos, deteriorando las condiciones laborales del recurso humano en salud, degradando el sistema de otorgamiento de citas y en general, adoptando medidas de austeridad en el gasto en detrimento de la buena prestación del servicio de salud.

Como consecuencia, muchas EPS fueron liquidadas por diversas razones, entre ellas, el incumplimiento a los márgenes de insolvencia financiera para su funcionamiento, por las deudas con las IPS o por incurrir en alguna de las causales determinadas por la Superintendencia Nacional de Salud. Esta circunstancia, ha conllevado a que las EPS al entrar en un proceso de liquidación, conduzcan a las IPS a castigar sus carteras vigentes sin tener ninguna protección del estado, más que esperar a que las EPS surtan su procedimiento de liquidación apegado al derecho privado, determinando su quiebra, su intervención y finalmente el deterioro del sistema de salud que conocemos y padecemos actualmente.

4. JUSTIFICACIÓN

Es necesario implementar mecanismos que eviten que al momento que, una EPS enfrente un proceso de liquidación dejen deudas sin sanear con la IPS, que son las afectadas como consecuencia del déficit financiero ocasionado por el no pago de la cartera.

La creación del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud con recursos provenientes de la Unidad de pago por capitación será un instrumento para aliviar la incertidumbre financiera de la red hospitalaria. Además, será un seguro para garantizar el equilibrio económico de la red hospitalaria en Colombia.

Según información de la Superintendencia Nacional de Salud, en los últimos 10 años se ordenaron liquidación forzosa o que adoptaron liquidación voluntaria de las entidades promotoras de salud que se relacionan a continuación:

Tabla 1.

No	Nombre de entidad	Tipo de entidad y régimen	Tipo de medida	Fecha inicio	Fecha terminación	Estado actual de la medida
1	Saludcoop EPS OC	EPS Contributivo	Intervención Forzosa para Liquidar	24/11/2015	24/06/2019	Vigente

2	Asociación de Cabildos del Resguardo Indígena Zenú de San Andrés de Sotavento Córdoba y Sucre Manexka EPSI	EPS I Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	28/03/2017	28/11/2020	Vigente
3	Cafesalud EPS	EPS régimen Subsidiado y Contributivo	Intervención Forzosa para Liquidar	5/08/2019	4/08/2021	Vigente
4	Cruz Blanca EPS	EPS Régimen Contributivo	Intervención Forzosa para Liquidar	7/10/2019	6/10/2021	Vigente
5	Camacol EPS programa RS	EPS I Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	23-jul-19	22-jul-21	Vigente
6	Emdisalud EPS	EPS I Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	2-oct-19	1-oct-21	Vigente
7	Saludvida EPS SA	EPS I Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	11-oct-19	10-oct-21	Vigente
8	Salud Colpatría S.A EPS	EPS Contributivo	Liquidación Voluntaria	9-ago-14		Vigente
9	Programa de Salud del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar – Comfaboy	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Liquidación Voluntaria	25/08/2017		Vigente

10	Caprecom EICE EPS Liquidada	EPS Régimen Subsidiado	Supresión y Liquidación por el Gobierno Nacional	28-dic-15	27-ene-17	Terminada
11	Programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar de Antioquia – Comfama	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Liquidación Voluntaria	27/09/20 17	29-jul-19	Terminada
12	Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado - Solsalud EPS S.A.	EPS Régimen Subsidiado y Contributivo	Intervención Forzosa para Liquidar	6-may-13	6-jun-14	Terminada
13	Humana vivir S.A Entidad Promotora de Salud	EPS Régimen Subsidiado y Contributivo	Intervención Forzosa para Liquidar	14-may- 13	31-may-16	Terminada
14	Golden Group S.A. EPS Contributivo Liquidada	EPS Régimen Contributivo	Intervención Forzosa para Liquidar	23-ene- 15	15-jul-15	Terminada
15	Selvasalud EPS S.A	EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	19-sep- 12	18-sep-15	Terminada
16	Salud Cóndor EPS S.A	EPS I Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	13-sep- 12	26-dic-16	Terminada

17	Programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S en liquidación de la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Santander	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	13-jul-12	25-mar-14	Terminada
18	Calisalud EPS del Régimen Subsidiado	EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	5-abr-10	30-abr-14	Terminada
19	Programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado de la Caja de	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	12-abr-11	4-abr-15	Terminada
20	Programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar del Caquetá – Comfaca	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	5-abr-11	6-abr-15	Terminada
21	Salud Colombia EPS SA	EPS Régimen Contributivo	Intervención Forzosa para Liquidar	29-nov-11	28-nov-15	Terminada
22	Programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo de la Caja de Compensación	Programa de EPS Régimen Contributivo	Intervención Forzosa para Liquidar	12-feb-14	12-abr-17	Terminada

	Familiar de Antioquía - Comfenalco Antioquia					
23	Programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar de Antioquía - Comfenalco Antioquia	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	2-abr-12	1-abr-16	Terminada
24	Programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPSS de la Caja de Compensación Familiar de Barrancabermeja – Cafaba	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	11-jul-12	11-jul-16	Terminada
25	Programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPSS de la Caja de Compensación Familiar del Norte de Santander - Famisalud Comfanorte	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	17-jul-12	15-jul-16	Terminada
26	Programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para	12-jul-12	3-jul-16	Terminada

	Subsidiado de la Caja Santandereana de Subsidio Familiar – Cajasan		Liquidar			
27	Programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	17-jul-12	3-jul-16	Terminada

28	Programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S Caja de Compensación Familiar de Fenalco del Tolima "COMFENALCO"	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	24-oct-12	23-oct-16	Terminada
29	Redsalud Atención Humana EPS S. A	EPS Régimen Contributivo	Liquidación voluntaria	30-may-11	25-abr-16	Terminada
30	Programa del Régimen Subsidiado EPS-S de la Caja de Compensación Familiar CAFAM	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Liquidación voluntaria	31-jul-15	31-oct-16	Terminada
31	Programa de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado COLSUBSIDIO EPSS	Programa de EPS Régimen Subsidiado	Liquidación voluntaria	1-jun-15	30-sep-16	Terminada

32	Caja de Previsión Social de la Universidad Industrial de Santander – Capruis	EPS Régimen Excepción	Liquidación voluntaria	8-ago-16	31-jul-17	Terminada
33	Programa del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar Capesalud – COMCAJA	EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	29-jul-10	30-nov-12	Terminada
34	UNIMEC S.A. *	EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	29-jul-10	30-nov-12	Terminada
35	Comfenalco Quindío EPS	EPS Régimen Subsidiado	Intervención Forzosa para Liquidar	03 de marzo de 2010	30 de junio de 2011	Terminada
36	Instituto de los Seguros Sociales	EPS del régimen contributivo	Supresión y Liquidación	28 de septiembre de 2012	31 de marzo de 2015	Terminada
37	Multimédicas EPS	EPS del régimen contributivo	Liquidación Voluntaria	27-may-11	No registra	

¹ Fuente: Respuesta Derecho de Petición Supersalud. Archivo Superintendencia Nacional de Salud – Delegada de Medidas Especiales.

En la siguiente tabla demuestra la cartera que adeudan las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que ha corte del año 2019, han sido liquidadas o que se encuentran en proceso de liquidación, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, la cartera con la red pública y privada asciende a un total de: \$ 4.558.083.689.528.

¹Respuesta Derecho de Petición Supersalud. Archivo Superintendencia Nacional de Salud – Delegada de Medidas Especiales.

Tabla 2. Cartera de Entidades Promotoras de Salud Liquidas o en proceso de liquidación consolidado a diciembre de 2019.

Cartera de Entidades Promotoras de Salud Liquidas o en proceso de liquidación consolidado a diciembre de 2019.				
Nombre de entidad	Estado	Deuda IPS pública	Deuda IPS privada	Total
SaludCoop EPS OC	En proceso de liquidación	\$ 207.444.498.871	\$ 716.720.994.763	\$ 924.165.493.634
Asociación de cabildos del resguardo indígena Zenú de San Andrés de Sotavento Córdoba y Sucre Manexka EPS	En proceso de liquidación	\$ 23.533.058.753	\$ 77.387.137.858	\$ 100.920.196.611
Cafesalud EPS	En proceso de liquidación	\$ 661.279.717.144	\$ 2.112.145.296.635	\$ 2.773.425.013.778
Cruz Blanca EPS	En proceso de liquidación	\$ 49.344.544.986	\$ 566.050.808.275	\$ 615.395.353.261
Camacol EPS programa RS	En proceso de liquidación		\$ 3.060.955.383	\$ 3.060.955.383
Programa de Salud del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar Comfaboy	En proceso de liquidación	\$ 27.304.027.377	\$ 22.727.609.435	\$ 50.031.636.812
Caprecom EPS EICE	Liquidada	\$ 27.249.881.725	\$ 63.835.158.323	\$ 91.085.040.049
TOTAL		\$ 996.155.728.856	\$ 3.561.927.960.672	\$ 4.558.083.689.528

² Fuente: Respuesta derecho de petición Supersalud 2020.

² Fuente: Respuesta derecho de petición Supersalud 2020.

Tabla 3. Cartera de las EPS liquidadas o en liquidación por año.

EPS	ESTADO	Acreencias oportunas	Deuda con IPS Públicas (cifras en miles \$)	Deuda con IPS Privadas (cifras en miles \$)
SALUDCOOP EPS OC	en liquidación 24/11/2015	2016	610.091.329	3.889.465.707
		2017	254.067.427	1.031.792.858
		2018	213.266.315	764.314.914
		2019	200.751.257	717.637.152
		2020 (corte 30 de abril)	200.728.383	717.589.550
		Acreencias extemporáneas		
		2019	7.160.730	670.618
		2020	7.161.947	670.618
CRUZ BLANCA	7 de octubre de 2019	2019	94.234.697	511.974.772
		2020 (abril 30)	191.365	2.403.929
CAFESALUD	en liquidación 5 de agosto de 2019	2019	656.084.764	2.106.211.360
		2020	6.526.514	55.733.431
CAPRECOM		2017	523.579.532	523.579.532
		2018	523.579.532	523.579.532
		2019	16.432.652	26.222.174
Manexka EPS indígena	en Liquidación (8 de febrero de 2019);	2020	1.733.955	25.343.614
PROGRAMA DE EPS SUBSIDIADO DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFABOY – BOYACÁ	En liquidación voluntaria	2020	8.812.812	8.886.012
		2019	6.097.669	6.540.504
Programa de EPS S de Comfacor	(23 julio de 2019);	2020 (31 de marzo)	2.337.484	7.070.093

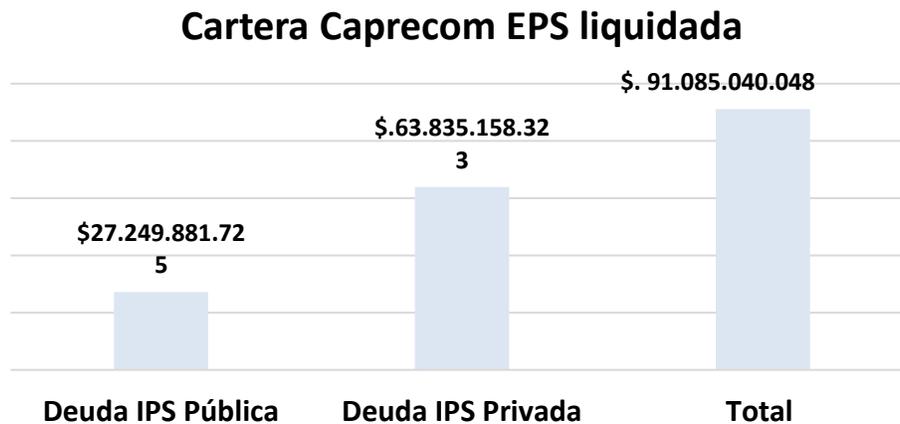
Fuente: Respuesta derecho de petición Supersalud 2020. Rad. No.2-2020-67104

La principal problemática del sistema de salud, son las grandes deudas que tienen las EPS con la red hospitalaria, dichos datos son suministrados por Superintendencia Nacional de Salud y por ADRES corresponden a la suma reconocida y no valor reclamado ante las EPS, evidenciándose una gran diferencia

que disminuye notablemente la operación de las ESE hasta el punto de llevarlas a la quiebra.

En la siguiente gráfica, se relaciona la cartera por parte de Caprecom EPS, liquidada a través de la Ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo artículo 237. sostenibilidad financiera del sistema general de seguridad social en salud y el Decreto 1130 de 2019, se reconoció como deuda pública y se ordena el pago de las deudas reconocidas en el proceso liquidatorio. A Corte del año 2019, la cartera asciende al valor de: \$ 91.085.040.048.

Tabla 4. Cartera a la red pública y privada por parte de Caprecom Entidad Promotora de Salud (EPS) liquidada, corte 2019.



La legislación colombiana ha tratado de remediar las fallas del sistema de salud, mediante la expedición de leyes con el objetivo de implementar mecanismos que permitan sanear las deudas históricas que existen entre los agentes del sector salud, entre otras, como la circular 030 de septiembre de 2013, la Ley 1949 de 2019 y el acuerdo de Punto Final.

Tabla 5. Valor de la cartera, por parte de las EPS con las IPS públicas del departamento de Risaralda a corte de diciembre del año 2019.

AÑO	VALOR CARTERA A DICIEMBRE 2019
2017	\$ 44.253.847.036,00
2018	\$ 28.449.413.451,00
2019	\$ 25.377.664.035,00

Fuente: Acesi consolidado Risaralda IPS públicas circular 030 2013 ³

³ Fuente: Acesi consolidado Risaralda IPS públicas circular 030 2013

Tabla 6. Compromisos de pago por parte de las EPS con las IPS públicas del departamento de Risaralda.

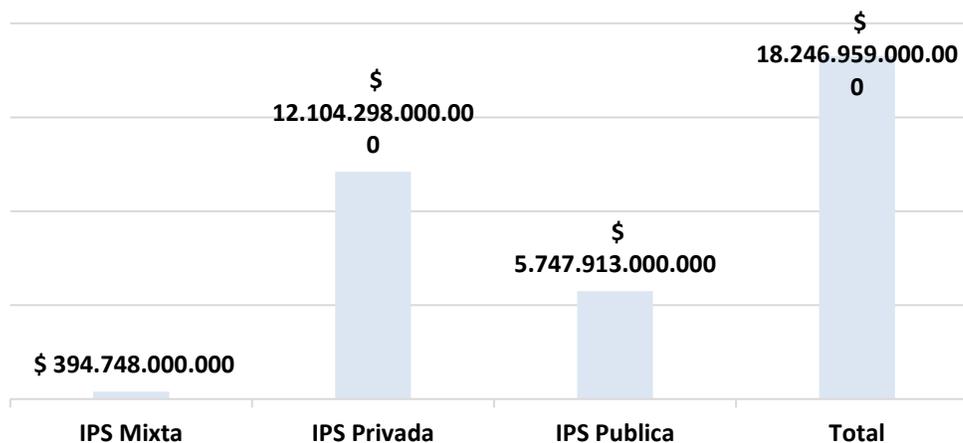
COMPROMISOS DE PAGO EPS RISARALDA			
AÑO	VALOR PACTADO	VALOR PAGADO	% PAGADO
2018	\$ 10.894.669.170,00	\$ 6.719.538.083,00	61,68%
2019	\$ 5.867.274.781,00	\$ 1.930.695.786,00	32,91%

⁴ Fuente: Acesi consolidado Risaralda IPS públicas circular 030 2013 ⁵

A manera de ejemplo, para el caso del departamento de Risaralda, conforme a la circular 030 de 2013, como se demuestra en la tabla anterior el valor de la cartera por parte de las EPS con las IPS públicas de los últimos 3 años el valor de los compromisos pactados de la y el porcentaje que se ha pagado por parte de las EPS a las IPS públicas. Se evidencia que no se alcanza a lograr el pago del 100% de la deuda, poniendo en riesgo las IPS tanto públicas como privadas, toda vez que, no cuentas con liquidez para su funcionamiento, toda vez que, lo facturado por lo general es inferior al promedio recaudado.

A su vez, los malos manejos administrativos han sido objeto de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, finalizando con la liquidación de algunas EPS. Sin embargo y por múltiples motivos, no se ha permitido que las IPS recuperen los dineros que se les adeuda.

Tabla 7. En esta gráfica, se evidencia la cartera nacional por edad, de las EPS con las IPS a corte del año 2019



⁴ Fuente: Acesi consolidado Risaralda IPS públicas circular 030 2013

⁵

Cartera EPS liquidas o en proceso de liquidación por departamento corte diciembre de 2019.

SALUDCOOP EPS -RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN MILES DE PESOS VIGENCIA 2019			
DEPARTAMENTO	DEUDA IPS PUBLICA	DEUDA IPS PRIVADAS	TOTAL, DEUDA
AMAZONAS	482.657	1.476.123	\$ 1.958.780,00
ANTIOQUIA	37.331.037	69.735.108	\$ 107.066.145,00
Arauca	5.406.059	2.109.562	\$ 7.515.621,00
Atlántico	1.478.013	61.674.250	\$ 63.152.263,00
Bolívar	2.737.236	22.779.027	\$ 25.516.263,00
Boyacá	11.749.306	6.625.872	\$ 18.375.178,00
Caldas	6.184.437	6.139.383	\$ 12.323.820,00
Caquetá	351.049	2.082.630	\$ 2.433.679,00
Casanare	12.398.171	5.853.594	\$ 18.251.765,00
Cauca	3.171.759	5.002.620	\$ 8.174.379,00
Cesar	1.449.243	24.070.047	\$ 25.519.290,00
Chocó	766.400	2.327.021	\$ 3.093.421,00
Córdoba	1.444.669	27.526.309	\$ 28.970.978,00
Cundinamarca	9.931.498	11.490.949	\$ 21.422.447,00
Bogotá D.C.	26.346.340	197.551.869	\$ 223.898.209,00
Guainía	11.636	147.851	\$ 159.487,00
Guaviare	2.015.517	17.027	\$ 2.032.544,00
Huila	14.467.421	16.105.218	\$ 30.572.639,00
La Guajira	1.332.769	11.749.872	\$ 13.082.641,00
Magdalena	451.334	22.741.602	\$ 23.192.936,00
Meta	18.165.913	17.717.073	\$ 35.882.986,00
Nariño	9.511.359	7.738.658	\$ 17.250.017,00
Norte de Santander	5.686.426	28.569.956	\$ 34.256.382,00
Putumayo	1.011.901	2.262.676	\$ 3.274.577,00
Quindío	1.310.441	6.462.174	\$ 7.772.615,00
Risaralda	2.007.785	25.122.520	\$ 27.130.305,00
Santander	10.297.630	44.886.310	\$ 55.183.940,00
Sucre	395.510	15.436.431	\$ 15.831.941,00
Tolima	8.793.173	14.662.809	\$ 23.455.982,00
Valle del Cauca	4.021.666	57.345.119	\$ 61.366.785,00
Vaupés	42.903	89.993	\$ 132.896,00
Vichada	0	137.497	\$ 137.497,00
SUMA TOTAL	\$	\$	\$ 918.388.409,00

200.751.257,00 717.637.152,00

CRUZ BLANCA EPS -RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN MILES DE PESOS VIGENCIA 2019			
DEPARTAMENTO	DEUDA IPS PUBLICA	DEUDA IPS PRIVADAS	TOTAL, DEUDA
AMAZONAS	3.614	0	\$ 3.614,00
ANTIOQUIA	23.541.198	52.161.481	\$ 75.702.679,00
ARAUCA	5.119	273.107	\$ 278.226,00
ATLÁNTICO	8.076	387.639.624	\$ 387.647.700,00
BOGOTÁ D.C.	60.589.843	201.882	\$ 60.791.725,00
BOLÍVAR	134.675	6.599	\$ 141.274,00
BOYACÁ	732.818	0	\$ 732.818,00
CALDAS	273.365	0	\$ 273.365,00
CAQUETA	25.625	0	\$ 25.625,00
CASANARE	69.288	0	\$ 69.288,00
CAUCA	199.873	29.672	\$ 229.545,00
CESAR	180.567	243.503	\$ 424.070,00
CHOCO	0	57.219	\$ 57.219,00
CORDOBA	127.868	131.499	\$ 259.367,00
CUNDINAMARCA	3.643.013	8.087.359	\$ 11.730.372,00
HUILA	251.454	84.337	\$ 335.791,00
LA GUAJIRA	14.795	8.326	\$ 23.121,00
MAGDALENA	43.367	48.139	\$ 91.506,00
META	283.391	10.096	\$ 293.487,00
NARIÑO	38.544	10.266	\$ 48.810,00
NORTE DE SANTANDER	63.622	0	\$ 63.622,00
PUTUMAYO	8.937	0	\$ 8.937,00
QUINDIO	54.846	3.835	\$ 58.681,00
RISARALDA	101.493	28.256.378	\$ 28.357.871,00
SANTANDER	71.130	7.252.398	\$ 7.323.528,00
SUCRE	728.655	92.805	\$ 821.460,00
VALLE DEL CAUCA	3.039.522	27.376.246	\$ 30.415.768,00
TOTAL	\$ 94.234.697,00	\$ 511.974.772,00	\$ 606.209.469,00

CAFESALUD EPS - RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN MILES DE PESOS VIGENCIA 2019			
DEPARTAMENTO	DEUDA IPS PUBLICA	DEUDA IPS PRIVADAS	TOTAL DEUDA
AMAZONAS	939.455	273.554	\$ 1.213.009,00
ANTIOQUIA	43.498.504	166.120.542	\$ 209.619.046,00
ARAUCA	10.599.210	2.910.119	\$ 13.509.329,00
ATLÁNTICO	3.101.634	78.454.976	\$ 81.556.610,00
BOGOTÁ D.C.	81.942.374	1.170.222.420	\$ 1.252.164.794,00
BOLÍVAR	14.818.910	32.115.918	\$ 46.934.828,00
BOYACÁ	21.611.756	12.068.216	\$ 33.679.972,00
CALDAS	41.627.461	13.260.542	\$ 54.888.003,00
CAQUETA	1.582.734	4.211.674	\$ 5.794.408,00
CASANARE	16.198.037	10.941.483	\$ 27.139.520,00
CAUCA	6.476.044	13.640.377	\$ 20.116.421,00
CESAR	7.135.637	29.412.255	\$ 36.547.892,00
CHOCO	2.220.837	1.392.492	\$ 3.613.329,00
CORDOBA	1.996.820	46.288.124	\$ 48.284.944,00
CUNDINAMARCA	28.237.322	14.502.523	\$ 42.739.845,00
GUAVIARE	2.699.464	90.491	\$ 2.789.955,00
HUILA	48.868.504	86.155.356	\$ 135.023.860,00
LA GUAJIRA	1.796.097	7.359.571	\$ 9.155.668,00
MAGDALENA	1.969.075	32.001.915	\$ 33.970.990,00
META	67.715.296	19.163.717	\$ 86.879.013,00

NARIÑO	16.530.707	42.012.357	\$ 58.543.064,00
NORTE DE SANTANDER	39.310.892	33.874.446	\$ 73.185.338,00
PUTUMAYO	5.963.664	4.665.605	\$ 10.629.269,00
QUINDIO	20.008.148	22.434.979	\$ 42.443.127,00
RISARALDA	54.915.927	73.561.048	\$ 128.476.975,00
SANTANDER	40.891.914	101.811.429	\$ 142.703.343,00
SUCRE	3.228.808	10.635.865	\$ 13.864.673,00
TOLIMA	21.039.451	15.678.958	\$ 36.718.409,00
VALLE DEL CAUCA	49.160.083	60.950.409	\$ 110.110.492,00
TOTAL	\$ 656.084.764,00	\$ 2.106.211.360,00	\$ 2.762.296.124,00

CAFESALUD EPS -RÉGIMEN SUBSIDIADO EN MILES DE PESOS VIGENCIA 2019			
DEPARTAMENTO	DEUDA IPS PUBLICA	DEUDA IPS PRIVADAS	TOTAL DEUDA
Amazonas	0	183.225	\$ 183.225,00
Antioquia	1.089.533	1.279.990	\$ 2.369.523,00
Arauca	35.802	168.000	\$ 203.802,00
Atlántico	2.227.370	2.112.382	\$ 4.339.752,00
Bogotá D.C	908.634	2.245.284	\$ 3.153.918,00
Bolívar	1.051.162	528.634	\$ 1.579.796,00
Boyacá	389.515	156.734	\$ 546.249,00
Caldas	266.625	419.967	\$ 686.592,00
Caquetá	288.131	83.218	\$ 371.349,00
Casanare	20.326	70.453	\$ 90.779,00

Cauca	589.082	29.350	\$ 618.432,00
Cesar	58.402	1.046.213	\$ 1.104.615,00
Choco	926.905	856.998	\$ 1.783.903,00
Córdoba	103.536	473.588	\$ 577.124,00
Cundinamarca	31.663	2.333.150	\$ 2.364.813,00
Guainía	619.291	0	\$ 619.291,00
Guaviare	3.606	4.117	\$ 7.723,00
Huila	198.944	99.187	\$ 298.131,00
La Guajira	54.183	336.680	\$ 390.863,00
Magdalena	1.674.051	964.064	\$ 2.638.115,00
Meta	80.055	298.788	\$ 378.843,00
Nariño	30.372	280.368	\$ 310.740,00
Norte de Santander	4.325.025	1.099.311	\$ 5.424.336,00
Putumayo	329.491	10.322	\$ 339.813,00
Quindío	26.301	366.427	\$ 392.728,00
Risaralda	92.876	117.049	\$ 209.925,00
San Andrés	0	1.486	\$ 1.486,00
Santander	296.353	575.751	\$ 872.104,00
Sucre	50.335	666.308	\$ 716.643,00
Tolima	97.784	822.242	\$ 920.026,00
Valle	561.319	8.592.885	\$ 9.154.204,00
Vaupés	3.068	0	\$ 3.068,00
Vichada	2.912	0	\$

			2.912,00
TOTAL	\$ 16.432.652,00	\$ 26.222.174,00	\$ 42.654.826,00

MANEXKA EPS -RÉGIMEN SUBSIDIADO EN MILES DE PESOS VIGENCIA 2020			
DEPARTAMENTO	DEUDA IPS PÚBLICA	DEUDA IPS PRIVADAS	TOTAL DEUDA
Antioquia	188.412	555.295	\$ 743.707,00
Arauca	0	0	\$ -
Atlántico	2.238	49.375	\$ 51.613,00
Bogotá D.C	0	4.651.906	\$ 4.651.906,00
Bolívar	667.008	707.149	\$ 1.374.157,00
Caquetá	0	0	\$ -
Cauca	0	0	\$ -
Cesar	0	3.372	\$ 3.372,00
Choco	0	0	\$ -
Córdoba	777.278	8.259.107	\$ 9.036.385,00
Cundinamarca	0	0	\$ -
La Guajira	32.800	10.205	\$ 43.005,00
Santander	0	162.687	\$ 162.687,00
Sucre	66.219	10.944.517	\$ 11.010.736,00
Valle	0	0	\$ -
Suma total	\$ 1.733.955,00	\$ 25.343.614,00	\$ 27.077.569,00

COMFABOY EPS -RÉGIMEN SUBSIDIADO EN MILES DE PESOS VIGENCIA 2019			
DEPARTAMENTO	DEUDA IPS PÚBLICA	DEUDA IPS PRIVADAS	TOTAL DEUDA
Amazonas	0	0	\$ -
Antioquia	40.486	61.313	\$ 101.799,00

Arauca	1.199	0	\$ 1.199,00
Atlántico	1.857	5.631	\$ 7.488,00
Bogotá D.C	1.233.024	1.623.653	\$ 2.856.677,00
Bolívar	247	0	\$ 247,00
Boyacá	4.641.158	3.615.150	\$ 8.256.308,00
Caldas	989	28	\$ 1.017,00
Caquetá	728	0	\$ 728,00
Casanare	48.690	499	\$ 49.189,00
Cauca	362	0	\$ 362,00
Cesar	172	2.066	\$ 2.238,00
Choco	469	0	\$ 469,00
Córdoba	192	0	\$ 192,00
Cundinamarca	29.981	26.308	\$ 56.289,00
Guainía	0	0	\$ -
Guaviare	1.776	0	\$ 1.776,00
Huila	1.499	931.438	\$ 932.937,00
La Guajira	1.424	0	\$ 1.424,00
Magdalena	0	0	\$ -
Meta	25.802	8.716	\$ 34.518,00
Nariño	109	93	\$ 202,00
Norte de Santander	2.258	0	\$ 2.258,00
Putumayo	41	0	\$ 41,00
Quindío	6.507	0	\$ 6.507,00
Risaralda	4.658	0	\$ 4.658,00

San Andrés	0	0	\$ -
Santander	21.698	161.888	\$ 183.586,00
Sucre	0	0	\$ -
Tolima	31.062	13.773	\$ 44.835,00
Valle	1.282	89.949	\$ 91.231,00
Vaupés	0	0	\$ -
Vichada	0	0	\$ -
TOTAL	\$ 6.097.669,00	\$ 6.540.504,00	\$ 12.638.173,00

COMFACOR EPS -RÉGIMEN SUBSIDIADO DEUDA RECLAMADA EN MILES DE PESOS VIGENCIA 2020			
DEPARTAMENTO	DEUDA IPS PUBLICA	DEUDA IPS PRIVADAS	TOTAL, DEUDA
AMAZONAS	0	1.367	\$ 1.367,00
ANTIOQUIA	9.727.908	4.062.038	\$ 13.789.946,00
ARAUCA	0	21.548	\$ 21.548,00
ATLANTICO	77.862.531	17.773.320	\$ 95.635.851,00
BOLIVAR	23.482.004	10.549.776	\$ 34.031.780,00
BOYACA	38.691	93.938	\$ 132.629,00
CALDAS	0	123.531	\$ 123.531,00
CAQUETA	0	14.739	\$ 14.739,00
CASANARE	2.481	130.237	\$ 132.718,00
CAUCA	0	68.856	\$ 68.856,00
CESAR	74.508.259	26.320.743	\$ 100.829.002,00
CHOCO	0	20.801	\$ 20.801,00

CORDOBA	194.685.062	62.614.331	\$ 257.299.393,00
CUNDINAMARCA	113.122	266.375	\$ 379.497,00
GUAJIRA	997.962	5.055.617	\$ 6.053.579,00
GUAVIARE	0	9.360	\$ 9.360,00
HUILA	10.231	13.493	\$ 23.724,00
MAGDALENA	23.788.751	31.066.450	\$ 54.855.201,00
META	0	63.431	\$ 63.431,00
NARIÑO	14.568	27.378	\$ 41.946,00
NORTE DE SANTANDER	0	300.168	\$ 300.168,00
PUTUMAYO	0	41.135	\$ 41.135,00
QUINDIO	0	41.184	\$ 41.184,00
RISARALDA	0	81.160	\$ 81.160,00
SANTA FE DE BOGOTA	3.375.110	5.151.847	\$ 8.526.957,00
SANTANDER	494.140	380.722	\$ 874.862,00
SUCRE	32.173.180	8.061.452	\$ 40.234.632,00
TOLIMA	0	153.441	\$ 153.441,00
VALLE DE CAUCA	2.024.593	193.893	\$ 2.218.486,00
VICHADA	0	1.224	\$ 1.224,00
Total, general	\$ 443.298.593,00	\$ 172.703.555,00	\$ 616.002.148,00

SALUDVIDA EPS -RÉGIMEN SUBSIDIADO DEUDA EN MILES DE PESOS VIGENCIA 2019			
DEPARTAMENTO	DEUDA IPS PUBLICA	DEUDA IPS PRIVADAS	TOTAL DEUDA
Amazonas			

	11.560	9.522	\$ 21.082,00
Antioquía	159.559	1.059.035	\$ 1.218.594,00
Arauca	3.586.206	11.440.953	\$ 15.027.159,00
Atlántico	1.848.707	67.790.309	\$ 69.639.016,00
Bogotá, D.C.	6.491.104	15.552.322	\$ 22.043.426,00
Bolívar	6.169.172	19.454.445	\$ 25.623.617,00
Boyacá	5.089.470	4.482.712	\$ 9.572.182,00
Caldas	24.577.004	26.998.152	\$ 51.575.156,00
Caquetá	10.346	7.274	\$ 17.620,00
Casanare	9.849	43.870	\$ 53.719,00
Cauca	32.241.978	25.486.696	\$ 57.728.674,00
Cesar	6.793.507	56.737.462	\$ 63.530.969,00
Chocó	10.894	28.471	\$ 39.365,00
Córdoba	12.637.886	42.420.750	\$ 55.058.636,00
Cundinamarca	9.531.327	16.349.033	\$

			25.880.360,00
Guaviare	5.542	7.588	\$ 13.130,00
Huila	285.389	95.877	\$ 381.266,00
La Guajira	5.035.410	24.291.469	\$ 29.326.879,00
Magdalena	8.026.899	33.592.822	\$ 41.619.721,00
Meta	63.371	1.100	\$ 64.471,00
Nariño	144.434	546.810	\$ 691.244,00
Norte de Santander	16.710.619	44.475.341	\$ 61.185.960,00
Putumayo	2.367	168	\$ 2.535,00
Quindío	4.624.834	4.533.153	\$ 9.157.987,00
Risaralda	38.489	40.021	\$ 78.510,00
Santander	21.666.150	41.757.797	\$ 63.423.947,00
Sucre	6.829.302	30.124.637	\$ 36.953.939,00
Tolima	19.911.957	37.231.375	\$ 57.143.332,00
Valle del Cauca	497.736	1.224.457	\$ 1.722.193,00

Vaupés	221	0	\$ 221,00
Vichada	243	0	\$ 243,00
Suma total	\$ 193.011.533,00	\$ 505.783.623,00	\$ 698.795.156,00

SALUDVIDA EPS -RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEUDA EN MILES DE PESOS VIGENCIA 2019			
DEPARTAMENTO	DEUDA IPS PUBLICA	DEUDA IPS PRIVADAS	TOTAL, DEUDA
Amazonas	17	0	\$ 17,00
Antioquía	3.852	82.007	\$ 85.859,00
Arauca	198.824	245.305	\$ 444.129,00
Atlántico	117.100	6.678.118	\$ 6.795.218,00
Bogotá, D.C.	1.727.957	5.947.628	\$ 7.675.585,00
Bolívar	1.539.569	4.342.449	\$ 5.882.018,00
Boyacá	1.998.069	1.415.187	\$ 3.413.256,00
Caldas	893.410	1.024.461	\$ 1.917.871,00
Caquetá	51	0	\$ 51,00
Casanare	793	883	\$ 1.676,00
Cauca	310.529	250.640	\$ 561.169,00
Cesar	1.168.189	7.187.435	\$ 8.355.624,00
Chocó	164	156.027	\$ 156.191,00

Córdoba	265.790	3.184.274	\$ 3.450.064,00
Cundinamarca	316.248	842.009	\$ 1.158.257,00
Huila	5.264	3.777	\$ 9.041,00
La Guajira	628.989	2.193.241	\$ 2.822.230,00
Magdalena	590.317	5.216.994	\$ 5.807.311,00
Meta	656	3.175	\$ 3.831,00
Nariño	1.568.933	2.641.177	\$ 4.210.110,00
Norte de Santander	742.656	11.398.670	\$ 12.141.326,00
Putumayo	161	0	\$ 161,00
Quindío	31.123	201.979	\$ 233.102,00
Risaralda	737	69.361	\$ 70.098,00
Santander	1.797.015	13.541.903	\$ 15.338.918,00
Sucre	407.592	3.878.256	\$ 4.285.848,00
Tolima	776.363	998.638	\$ 1.775.001,00
Valle del Cauca	14.539	27.975	\$ 42.514,00
Vichada	77	0	\$ 77,00
Suma total	\$ 15.104.983,00	\$ 71.531.569,00	\$ 86.636.552,00

EMDISALUD EPS -RÉGIMEN SUBSIDIADO DEUDA EN MILES DE PESOS VIGENCIA 2019			
DEPARTAMENTO	DEUDA IPS PUBLICA	DEUDA IPS PRIVADAS	TOTAL DEUDA

Amazonas	1.023	0	\$ 1.023,00
ANTIOQUIA	48.637.205	5.242.765	\$ 53.879.970,00
Arauca	192.423	0	\$ 192.423,00
ATLANTICO	3.011.790	5.112.350	\$ 8.124.140,00
BOLÍVAR	11.740.917	1.270.087	\$ 13.011.004,00
BOYACÁ	51.617.798	4.589.236	\$ 56.207.034,00
Caldas	701.030	0	\$ 701.030,00
CAQUETA	34.793	0	\$ 34.793,00
CASANARE	1.115.253	0	\$ 1.115.253,00
CAUCA	464.149	0	\$ 464.149,00
CESAR	18.954.424	22.938.838	\$ 41.893.262,00
CHOCO	1.661.359	163.014	\$ 1.824.373,00
CÓRDOBA	98.579.937	57.657.708	\$ 156.237.645,00
CUNDINAMARCA	19.422.616	7.200.974	\$ 26.623.590,00
GUAINIA	2.912	0	\$ 2.912,00
GUAJIRA	885.541	16.175	\$ 901.716,00
GUAVIARE	35.765	0	\$ 35.765,00
HUILA	373.549	0	\$ 373.549,00
MAGDALENA	23.148.267	2.403.885	\$ 25.552.152,00
Meta	135.766	0	\$ 135.766,00
NARIÑO	774.734	0	\$ 774.734,00
QUINDIO	25.434	0	\$ 25.434,00
Risaralda	338.200	0	\$ 338.200,00

SANTANDER	45.451.659	15.039.427	\$ 60.491.086,00
SUCRE	4.997.853	805.625	\$ 5.803.478,00
TOLIMA	74.897	666.481	\$ 741.378,00
VALLE	525.816	164.530	\$ 690.346,00
TOTAL	\$ 332.905.110,00	\$ 123.271.094,00	\$ 456.176.204,00

Red Hospitalaria.

Así mismo en el país se encuentra 14 IPS en riesgo de tomar medidas extremas como la quiebra, a todas luces la principal causa de ellos es la deuda que les representa las EPS para su operación administrativa y de servicios médicos lo que los impides prestar un servicio idóneo y oportuno a todos sus usuarios.

Tabla 3: IPS con medida especial vigente por la Superintendencia Nacional de Salud

No.	Nombre de la entidad	Tipo de medida	Ciudad
1	E.S.E Hospital Departamental de Villavicencio	Vigilancia Especial	Villavicencio
2	E.S.E Hospital San José de Maicao	Intervención Forzosa Administrativa para Administrar	Maicao
3	Hospital Departamental Federico Lleras Acosta E.S.E	Vigilancia especial	Ibagué
4	Hospital Universitario de Sincelejo E.S.E	Intervención Forzosa Administrativa para Administrar	Sincelejo
5	ESE Hospital Universitario del Caribe	Intervención Forzosa Administrativa para Administrar	Cartagena
6	Hospital Regional San Andrés E.S.E	Intervención Forzosa Administrativa para Administrar	Chiriguaná
7	Hospital San Andrés ESE	Intervención Forzosa Administrativa para Administrar	Tumaco
8	ESE Hospital Río Grande de la Magdalena	Intervención Forzosa Administrativa para Administrar	Magangué
9	Hospital San Jerónimo	Intervención Forzosa Administrativa para Administrar	Montería
10	ESE Alejandro Próspero Reverend	Intervención Forzosa Administrativa para Administrar	Santa Marta
11	ESE Hospital San Diego de Cereté	Intervención Forzosa Administrativa para Administrar	Cereté
12	ESE Hospital Universitario San Jorge, de Pereira	Vigilancia especial	Pereira
13	ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos	Intervención Forzosa Administrativa para Administrar	San Marcos
14	ESE Hospital San Rafael de Leticia	Intervención Forzosa Administrativa para Administrar	Leticia

Fuente: Dirección de Medidas Especiales para los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades del Orden Territorial.

Todas las instituciones en medida especial son Empresas Sociales del Estado; 3 en medida de vigilancia especial y 11 en medida de intervención forzosa administrativa para administrar.

Los hallazgos encontrados por las entidades de control a pesar de que la superintendencia Nacional de salud insinúe que no todos implican recurso económico lo cierto es que para gestionar y avanzar en servicios médicos idóneos es necesario contar con el recurso dejado por pagar de las EPS

Uno de los hallazgos encontrados en las IPS mencionadas en la tabla es el *Incumplimiento de requisitos de habilitación, incluso en aquellos que no requieren de recursos económicos, sino que dependen de la gestión asistencial, como por ejemplo fármaco y tecnovigilancia;* se aleja de la realidad pretender que para la

gestión adecuada de fármaco y tecnovigilancia no es necesario el recurso económico, cuando es apenas lógico que se requiere personal para ello y que una vez dejado de percibir el ingreso correspondiente por cada EPS es difícil cumplir con dicha finalidad.

Entro otros hallazgos se encuentran los *Equipos biomédicos obsoletos por falta de mantenimiento*, es ilógico pretender que las IPS puedan cumplir con los mantenimientos adecuados cuando apenas pueden realizar las gestiones financieras para cumplir con los gastos de nómina y funcionamiento

Así mismo en los hallazgos de Componente administrativo y financiero, se encuentran las Deudas laborales (las cuales incluyen salarios, cesantías, vacaciones, parafiscales), Falta de mantenimiento hospitalario tanto en infraestructura como a equipos de comunicación y biomédicos.

Dicha adversidad recae frente a la IPS sin realizarse en estudio necesario con la EPS que no cumplen con la obligación vital para el funcionamiento y la prestación de servicio adecuado,

En cuanto a las IPS públicas, según el artículo 80 de la ley 1438 de 2011, la categorización de riesgo de las Empresas Sociales del Estado está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social; en este contexto, ese Ministerio emitió la Resolución 1342 de 2019, por medio la cual se efectúa dicha categorización para la vigencia 2019.

A continuación, se muestran las ESE categorizadas en riesgo alto y medio según dicha resolución:

Categorización Riesgo alto ESE según la Resolución 1342 de 2019

Departamento	Municipio	Nombre	Nivel
Amazonas	Leticia	ESE Hospital San Rafael	2
Antioquia	Alejandro	ESE Hospital Presbítero Luis Felipe Arbeláez	1
Antioquia	Angelópolis	ESE Hospital La Misericordia	1

Departamento	Municipio	Nombre	Nivel
Antioquia	Arboletes	ESE Hospital Pedro Nel Cardona	1
Antioquia	Argelia	ESE Hospital San Julián	1
Antioquia	Armenia	ESE Hospital San Martín de Porres	1
Antioquia	Barbosa	ESE Hospital San Vicente de Paúl	1
Antioquia	Bello	ESE Hospital Mental de Antioquia	2
Antioquia	Belmira	ESE Hospital Nuestra Señora del Rosario	1
Antioquia	Cáceres	ESE Hospital Isabel La Católica	1
Antioquia	Caramanta	ESE Hospital San Antonio	1
Antioquia	Ciudad Bolívar	ESE Hospital La Merced	2
Antioquia	Ebéjico	ESE Hospital San Rafael	1
Antioquia	El Carmen de Viboral	ESE Hospital San Juan de Dios	1
Antioquia	Itagüí	ESE Hospital San Rafael	2
Antioquia	La Estrella	ESE Hospital La Estrella	1
Antioquia	Mutatá	ESE Hospital La Anunciación	1
Antioquia	Nariño	ESE Hospital San Joaquín	1
Antioquia	Puerto Nare	ESE Hospital Octavio Olivares	1
Antioquia	Támesis	ESE Hospital San Juan de Dios	1
Antioquia	Tarazá	ESE Hospital San Antonio	1
Antioquia	Toledo	ESE Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes	1
Antioquia	Valdivia	ESE Hospital San Juan de Dios	1
Antioquia	Valparaíso	ESE Hospital San Juan Dios	1
Antioquia	Vigía del Fuerte	ESE Hospital Atrato Medio Antioqueño	1
Antioquia	Yondó	ESE Hospital Héctor Abad Gómez	1
Arauca	Arauca	ESE Jaime Alvarado y Castilla	1
Atlántico	Barranquilla	ESE Hospital Universitario CARI	3
Atlántico	Campo De La Cruz	ESE Hospital Local de Campo de La Cruz	1
Atlántico	Candelaria	ESE Hospital de Candelaria	1
Atlántico	Palmar de Varela	ESE Centro de Salud de Palmar de Varela	1
Atlántico	Piojó	ESE Hospital Vera Judith Imitola Villanueva	1
Atlántico	Polonuevo	ESE Centro de Salud de Polonuevo	1
Atlántico	Ponedera	ESE Hospital de Ponedera	1
Atlántico	Sabanagrande	ESE Hospital Municipal de Sabanagrande	1
Atlántico	Sabanalarga	ESE Hospital Departamental de Sabanalarga	2
Atlántico	Santa Lucía	ESE Centro de Salud Santa Lucía	1
Atlántico	Soledad	ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero	2
Atlántico	Tubará	ESE Centro de Salud de Tubará	1
Atlántico	Usiacurí	ESE Centro de Salud de Usiacurí	1
Bolívar	Arenal	ESE Hospital Local Manuela Pabuena Lobo	1
Bolívar	Cantagallo	ESE Centro de Salud con camas Cantagallo	1
Bolívar	Cartagena	ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo Castaño	2
Bolívar	Cicuco	ESE Hospital Local de Cicuco	1
Bolívar	El Carmen de Bolívar	ESE Centro de Salud Giovani Cristini	1
Bolívar	Hatillo de Loba	ESE Hospital de Hatillo de Loba	1

Bolívar	Magangué	ESE Río Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué	1
Bolívar	María La Baja	ESE Hospital Local María La Baja	1
Bolívar	Mompós	ESE Hospital Local Santa María	1
Bolívar	Soplaviento	ESE Centro de Salud con camas Vitalio Sara Castillo	1
Bolívar	Talauqua Nuevo	ESE Hospital Local de Talauqua Nuevo	1
Bolívar	Turbaco	ESE Hospital Local Turbaco	1

Departamento	Municipio	Nombre	Nivel
Bolívar	Turbaná	ESE Hospital Local Turbaná	1
Bolívar	Zambrano	ESE Hospital Local San Sebastián	1
Boyacá	El Cocuy	ESE Hospital San José	1
Boyacá	Maripí	ESE Centro de Salud Rafael Salgado	1
Boyacá	Paz de Río	ESE Salud Paz de Río	1
Boyacá	Tipacoque	ESE Centro de Salud Santa Rita de Casia	1
Boyacá	Tópaga	ESE Centro de Salud San Judas Tadeo	1
Boyacá	Tunja	ESE Santiago de Tunja	1
Boyacá	Turmequé	ESE Hospital Baudilio Acero	1
Caldas	Manizales	ESE Hospital Geriátrico San Isidro	1
Casanare	Yopal	ESE Salud Yopal	1
Cesar	Becerril	ESE Hospital San José	1
Cesar	Chiriguaná	ESE Hospital Regional San Andrés	2
Cesar	La Gloria	ESE Hospital San José	1
Cesar	Pelaya	ESE Hospital Francisco Canossa	1
Cesar	Tamalameque	ESE Hospital Tamalameque	1
Cesar	Valledupar	ESE Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial IDREEC	2
Chocó	Condoto	ESE Hospital San José de Condoto	1
Córdoba	Buenavista	ESE CAMU Buenavista	1
Córdoba	Cereté	ESE Hospital San Diego de Cereté	2
Córdoba	Chimá	ESE Camu Chimá	1
Córdoba	Los Córdoba	ESE CAMU de Los Córdoba	1
Córdoba	Momil	ESE CAMU Momil	1
Córdoba	Puerto Libertador	ESE CAMU Divino Niño	1
Córdoba	San Antero	ESE CAMU Iris López Durán de San Antero	1
Cundinamarca	Arbeláez	ESE Hospital San Antonio	1
Cundinamarca	Carmen de Carupa	ESE Hospital Habacuc Calderón	1
Cundinamarca	Cucunubá	ESE Centro de Salud Cucunubá	1
Cundinamarca	El Peñón	ESE Cayetano María de Rojas	1
Cundinamarca	La Palma	ESE Hospital San José de La Palma	1
Cundinamarca	Nimaima	ESE Centro de Salud San José de Nimaima	1
Cundinamarca	Puerto Salgar	ESE Hospital Diógenes Troncoso	1
Cundinamarca	Sasaima	ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima	1
Cundinamarca	Vergara	ESE Hospital Santa Bárbara de Vergara	1
Huila	Pital	ESE Centro de Salud San Juan de Dios del Pital	1
Magdalena	Cerro San Antonio	ESE Hospital Local Cerro de San Antonio	1
Magdalena	Chibolo	ESE Hospital Local de Chibolo	1
Magdalena	El Piñón	ESE Hospital Local San Pedro	1
Magdalena	Remolino	ESE Hospital Local de Remolino	1
Magdalena	San Sebastián de Buenavista	ESE Hospital Rafael Paba Manjarréz	1
Magdalena	San Zenón	ESE Hospital Local de San Zenón	1
Magdalena	Santa Ana	ESE Hospital Nuestra Señora Santa Ana	1

Nariño	Barbacoas	ESE Hospital San Antonio de Barbacoas	1
Nariño	Francisco Pizarro	ESE Centro de Salud Señor del Mar	1
Nariño	La Tola	ESE Centro de Salud Nuestra Señora del Carmen	1
Nariño	Santa Bárbara	ESE Centro de Salud Santa Bárbara	1
Nariño	Tumaco	ESE Hospital San Andrés	2

Departamento	Municipio	Nombre	Nivel
Norte de Santander	Cúcuta	ESE Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular del Norte de Santander	2
Quindío	Buenavista	ESE Hospital San Camilo	1
Quindío	Pijao	ESE Hospital Santa Ana	1
Santa Marta	Santa Marta	ESE Alejandro Prospero Reverend	1
Santander	Aguada	ESE Centro de Salud Hermana Gertrudis	1
Santander	Cabrera	ESE Centro de Salud San Pedro de Cabrera	1
Santander	California	ESE Hospital San Antonio	1
Santander	Charta	ESE Centro de Salud Ucatá	1
Santander	Chipatá	ESE Centro de Salud Divino Niño Jesús	1
Santander	Confinés	ESE Centro de Salud San Cayetano	1
Santander	El Peñón	ESE Centro de Salud El Peñón	1
Santander	Floridablanca	ESE Hospital San Juan de Dios	2
Santander	Guapotá	ESE San Cayetano	1
Santander	Palmar	ESE Andres Cala Pimentel	1
Santander	Puerto Wilches	ESE Edmundo German Arias Duarte	1
Santander	San Joaquín	ESE Hospital Integrado San Joaquín	1
Santander	Suratá	ESE Hospital San Sebastián de Suratá	1
Santander	Vetas	ESE Centro de Salud Nuestra Señora del Carmen	1
Sucre	Buenavista	ESE Centro de Salud Santa Lucía	1
Sucre	Caimito	ESE Centro de Salud de Caimito	1
Sucre	El Roble	ESE Centro de Salud de El Roble	1
Sucre	Galeras	ESE Centro de Salud Inmaculada Concepción	1
Sucre	Guaranda	ESE Centro de Salud Guaranda	1
Sucre	Los Palmitos	ESE Centro de Salud de Los Palmitos	1
Sucre	Majagual	ESE Centro de Salud de Majagual	1
Sucre	Morroa	ESE Centro de Salud San Blas de Morroa	1
Sucre	Ovejas	ESE Centro de Salud de Ovejas	1
Sucre	Palmito	ESE Centro de Salud San Antonio	1
Sucre	San Marcos	ESE Hospital Regional de II Nivel San Marcos	2
Sucre	Santiago de Tolú	ESE Hospital Local Santiago de Tolú	1
Sucre	Sincé	ESE Hospital Local Nuestra Señora del Socorro	1
Sucre	Sincelejo	ESE Hospital Universitario de Sincelejo	2
Sucre	Sucre	ESE Hospital Santa Catalina de Sena	1
Sucre	Tolú Viejo	ESE Centro de Salud San José de Toluviejo	1
Tolima	Ambalema	ESE Hospital San Antonio	1
Tolima	Carmen de Apicalá	ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen	1
Tolima	Flandes	ESE Hospital Nuestra Señora de Fátima	1
Tolima	Prado	ESE Hospital San Vicente de Paúl	1
Valle del Cauca	Calí	ESE Hospital Universitario del Valle Evaristo García	3

Fuente: Ministerio de Salud y protección Social Resolución 1342 de 2019.

Ahora bien, como resultado del no pago de los dineros adeudados a las IPS por parte de las EPS, muchos de nuestros hospitales públicos han sido reportados y clasificados como de alto riesgo financiero y sometidos a programas de saneamiento fiscal y financiero. Lo anterior, en cumplimiento del artículo 80 de la Ley estatutaria 1438 de 2011, el cual establece:

“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. Las Empresas Sociales del Estado, atendiendo su situación financiera se clasificarán de acuerdo con 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”.*⁶

De igual forma, la Ley 1955 de 2019 por medio del cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 en su artículo 77, establece que las Empresas Sociales del Estado categorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto, deberán adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero con sujeción a los parámetros generales de contenido definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. El artículo define el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero – PSFF de Empresas Sociales del Estado – ESE, como un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre toda la ESE, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud.

La Superintendencia Nacional de Salud, desarrolla la evaluación y análisis de la operación de las EPS, como resultado del seguimiento se obtienen insumos técnicos, financieros, jurídicos y administrativos con el fin de adoptar las decisiones razonables.

Según, información de la Superintendencia Nacional de Salud, tienen bajo alguna medida especial de las cuales están establecidas en el artículo 113 del Decreto Ley 663 de 1993, Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las cuales son las siguientes:

La superintendencia Nacional, a corte del año 2019, tiene bajo la medida cautelar de Vigilancia Especial, las siguientes EPS las cuales son:

COMFASUCRE, COMFAMILIAR HUILA, DUSAKAWI, COMFACUNDI, CONVIDA, CAPITAL SALUD EPS-S SAS, CAPRESOCA, SAVIA SALUD EPS, SOS, MEDIMAS EPS SAS, AMBUQ EPS-S-ESS, COMPARTA EPS-S, COMFAMILIAR CARTAGENA, COOMEVA EPS., ASMET SALUD, EMSSANAR EPS SAS, ECOOPSOS, COMFAGUAJIRA Y COMFAMILIAR NARIÑO.⁷

El propósito de esta iniciativa legislativa es buscar el fortalecimiento institucional y la sostenibilidad financiera de Red Hospitalaria Pública y privada. Es necesario crear una garantía jurídica y económica que responda por las cuentas no pagadas por EPS en proceso de liquidación.

En la tabla sustentada anteriormente, se evidencia la cartera que a la fecha adeuda Saludcoop EPS, según información de la Superintendencia Nacional de Salud, entró

⁶ Ley 1

438 de 2011 artículo 80

⁷ Respuesta Derecho de Petición Supersalud radicado 49485

en proceso de liquidación desde el 25 de noviembre del año 2015, y a la fecha tiene una cartera por valor de: \$ 918.388.410.

A continuación, se relaciona la cartera reconocida, cartera pagada y saldo por pagar por SALUDCOOP EPS, a la Red pública y Red del régimen contributivo a corte del año 2019, el valor de asciende aproximadamente a todo el país por un valor de: \$ 918.388.410.

Tabla 8. Relación de la cartera de la EPS Saludcoop, a corte del año 2019.

SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACIÓN RC							
Vigencia 2019							
DEPARTAMENTO	Deuda con IPS Pública (cifras en miles \$)			Deuda con IPS Privada (cifras en miles \$)			Total, deuda por pagar Dpto. (cifras en miles \$)
	RECONOCIDO	PAGADO	SALDO POR PAGAR	RECONOCIDO	PAGADO	SALDO POR PAGAR	
Amazonas	603.321	120.664	482.657	2.067.564	591.440	1.476.123	1.958.780
Antioquia	46.887.461	9.556.424	37.331.037	92.289.890	22.554.782	69.735.108	107.066.145
Arauca	6.721.221	1.315.162	5.406.059	3.014.975	905.413	2.109.562	7.515.621
Atlántico	1.848.637	370.624	1.478.013	75.924.740	14.250.490	61.674.250	63.152.263
Bolívar	4.694.174	1.956.938	2.737.236	32.772.038	9.993.011	22.779.027	25.516.262
Boyacá	23.395.525	11.646.219	11.749.306	11.216.349	4.590.477	6.625.872	18.375.179
Caldas	7.710.062	1.525.625	6.184.437	8.317.680	2.178.298	6.139.383	12.323.820
Caquetá	446.704	95.656	351.049	3.429.576	1.346.945	2.082.630	2.433.679
Casanare	14.651.922	2.253.751	12.398.171	9.796.307	3.942.713	5.853.594	18.251.765
Cauca	3.974.588	802.829	3.171.759	8.335.025	3.332.405	5.002.620	8.174.379
Cesar	1.843.307	394.064	1.449.243	35.256.301	11.186.253	24.070.047	25.519.290
Chocó	958.000	191.600	766.400	3.867.330	1.540.308	2.327.021	3.093.422
Córdoba	1.813.263	368.595	1.444.669	42.852.18	15.325.87	27.526.309	28.970.9

				3	4		78
Cundinamarca	12.405.024	2.473.527	9.931.498	17.010.152	5.519.203	11.490.949	21.422.447
Bogotá D.C.	38.289.153	11.942.814	26.346.340	339.731.200	142.179.332	197.551.869	223.898.208
Guainía	11.636	0	11.636	189.548	41.698	147.851	159.487
Guaviare	2.519.396	503.879	2.015.517	21.525	4.498	17.027	2.032.544
Huila	18.081.759	3.614.338	14.467.421	23.641.711	7.536.492	16.105.218	30.572.640
La Guajira	1.670.045	337.276	1.332.769	16.599.609	4.849.737	11.749.872	13.082.641
Magdalena	575.467	124.133	451.334	29.290.353	6.548.751	22.741.602	23.192.936
Meta	22.903.867	4.737.954	18.165.913	25.098.154	7.381.081	17.717.073	35.882.986
Nariño	11.929.920	2.418.561	9.511.359	12.436.926	4.698.269	7.738.658	17.250.017
Norte de Santander	7.097.313	1.410.887	5.686.426	42.142.786	13.572.830	28.569.956	34.256.382
Putumayo	1.272.443	260.542	1.011.901	3.068.446	805.770	2.262.676	3.274.577
Quindío	1.663.323	352.883	1.310.441	8.158.680	1.696.506	6.462.174	7.772.615
Risaralda	2.522.687	514.902	2.007.785	42.732.319	17.609.799	25.122.520	27.130.304
Santander	12.997.844	2.700.214	10.297.630	66.210.047	21.323.737	44.886.310	55.183.940
Sucre	527.492	131.982	395.510	21.869.284	6.432.852	15.436.431	15.831.942
Tolima	11.271.702	2.478.528	8.793.173	23.393.085	8.730.275	14.662.809	23.455.983
Valle del Cauca	5.065.593	1.043.927	4.021.666	79.250.710	21.905.591	57.345.119	61.366.786
Vaupés	53.629	10.726	42.903	112.492	22.499	89.993	132.896
Vichada	0	0	0	177.696	40.198	137.497	137.497
SUMA TOTAL	266.406.479	65.655.222	200.751.257	1.080.274.680	362.637.528	717.637.152	918.388.410

La alta cartera que se le adeuda IPS tanto públicas como privadas ha llevado a muchas clínicas y hospitales a incurrir en medidas especiales de vigilancia e intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, además, al

deterioro creciente en la prestación del servicio de salud y quiebra y pérdida de empleo de las IPS privadas.

A. SITUACIÓN DEL FLUJO DE RECURSOS EN LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO SEGÚN MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

En el marco del Decreto 4107 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de sus competencias tiene como objetivos formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud. Por lo tanto, la entidad encargada de realizar funciones de inspección, vigilancia y control es la Superintendencia Nacional de Salud y es ella quien tiene la competencia de verificar la adecuada ejecución de los recursos y en caso de evidenciar incumplimientos o prácticas indebidas, tomar las acciones pertinentes

Como mecanismos de gestión y conciliación entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Cajas de Compensación Familiar – CCF y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), el artículo 2.5.2.2.10 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, faculta al Ministerio de salud, para definir los términos, el objeto, las condiciones, los plazos, las tasas, las garantías exigidas y los periodos de gracia para realizar, entre otros, **las operaciones de Compra de Cartera** de que trata el artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, el cual se encuentra condicionado a la regla establecida en el segundo literal j) del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, que señala que este tiene cabida *“siempre y cuando, en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud”*. Sin embargo, es decisión de cada una de las EPS acogerse a este mecanismo de pago para el saneamiento de sus deudas por concepto de los servicios de salud prestados a sus afiliados.

Que, frente a la compra de cartera, la apropiación presupuestal disponible para esta operación ascendía hasta \$700 mil millones, de los cuales \$200 mil millones correspondían a la disponibilidad inicial de la ADRES, y \$500 mil millones, al monto corriente del aseguramiento en salud de la vigencia 2020. En relación con esta última partida, en la última Junta Directiva de la ADRES, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público señaló que se debía obtener la pronta recuperación —la cual se efectúa a través del cruce de cuentas con cargo a los recursos ya mencionados.

Que, el análisis de la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de salud se efectuó con base en la información registrada en los Catálogos de Información Financiera para fines de supervisión, publicados en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud – SNS, con corte a 31 de diciembre de 2019, en virtud de los lineamientos dados para tal fin en la Circular Externa No.016 del 4 de noviembre de 2016 de la SNS.

Resultado de lo anterior, fueron excluidas las solicitudes presentadas por **ASMET SALUD EPSS, COMFACUNDI EPSS, COMFACARTAGENA EPSS, COMFAMILIAR NARIÑO EPSS, COMFASUCRE EPSS, MEDIMAS EPS Y**

PIJAOS SALUD EPSI, dada la calificación de riesgo obtenido. En consecuencia, se solicitó a la ADRES efectuar la devolución de estas solicitudes, y se estimó que estas entidades debían adelantar otras gestiones que estimaran pertinentes para el pago de las deudas presentadas, teniendo en cuenta que no debe desconocer la responsabilidad que tienen con respecto al pago oportuno de sus obligaciones por los servicios de salud prestados a sus afiliados.

B. MECANISMOS COMO ESTRATEGIA PARA GENERAR FLUJO DE RECURSOS SEGÚN NORMATIVIDAD COLOMBIANA

En procura de establecer medidas de política para que los recursos corrientes, excepcionales y de saneamiento de cartera sean girados de forma directa a los prestadores de servicios de salud. Es así como, la Ley 1438 de 2011, así como en la Ley 1608 de 2013 se implementó la política pública del giro del régimen subsidiado y de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que se encuentran en medida de vigilancia. De forma adicional, la Ley 1955 en los artículos 237 y 238 establece que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) cederán su titularidad, buscando de esta forma que los recursos de Acuerdo de Punto Final lleguen a los prestadores y proveedores de servicios de salud directamente.

C. COMPRA DE CARTERA

Mediante el Decreto Legislativo 538 de 2020 se habilitó el mecanismo de compra de cartera, el cual constituye una estrategia para generar flujo oportuno de recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como resultado de la cartera reconocida y conciliada con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con el fin de garantizar que los recursos lleguen de forma oportuna para facilitar la prestación de servicios de salud de las IPS, especialmente aquellas que actualmente están atendiendo a los pacientes en el marco de la emergencia por COVID-19 y que requieren ampliar su capacidad para poder enfrentar la mayor demanda que se ha generado.

Este mecanismo fue reglamentado a través de la Resolución 619 de 2020. Así mismo, es importante aclarar que la ADRES descontará a la EPS deudoras el valor de las cuotas por pagar por concepto de compra de cartera de los recursos que resulten aprobados en el saneamiento definitivo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019.

Adicionalmente, y con el propósito de contribuir al fortalecimiento financiero de las IPS que deben centrar sus esfuerzos en la atención de la emergencia económica, social y ecológica por causa del coronavirus COVID-19, se definió a través de la Resolución 609 de 2020 los recursos que se encuentran disponibles de la línea de redescuento con tasa compensada - FINDETER, es decir, \$256.753 millones, están disponibles para que las IPS puedan acceder a dichos recursos.

A continuación, se presentan los valores girados a las Instituciones Promotoras de Salud (IPS), por concepto de compra de cartera en el régimen contributivo y subsidiado durante la presente vigencia:

Tabla 9. Valores girados a las IPS por concepto de compra de cartera en el régimen contributivo y subsidiado

Cifras en Millones de Pesos Corrientes

VIGENCIA 2020		
RÉGIMEN	TIPO DE ENTIDAD	VALOR GIRADO
CONTRIBUTIVO	Mixta	5.402,15
	Privada	161.296,14
	Pública	61.598,27
Total, Régimen Contributivo		228.296,56
SUBSIDIADO	Mixta	5.063,19
	Privada	101.750,56
	Pública	72.406,22
Total, Régimen Subsidiado		179.219,97
Total, Régimen Contributivo y Subsidiado		407.516,53

Fuente: ADRES - Elaboración MSPS.

D. ACUERDO DE PUNTO FINAL

La política pública de Acuerdo de Punto Final establecida en la Ley del Plan Nacional de Desarrollo, que traza una hoja de ruta para el sector salud durante el periodo 2018-2022, tiene como objetivo la sostenibilidad financiera del SGSSS como vía para garantizar el derecho fundamental de salud en el mediano y largo plazo. En este marco se han desarrollado medidas de: **1)** saneamiento de las cuentas asociadas a servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC; y **2)** transformación de los mecanismos de gestión y financiación de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC a futuro para garantizar el acceso equitativo y eficiente para todos los usuarios del sistema.

Frente al saneamiento de los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC del régimen contributivo, se indica que fue reglamentado a través del Decreto 521 de 2020, el cual fue expedido el 6 de abril de 2020, donde se establecen las reglas de juego para el mecanismo general del subcomponente de saneamiento del Acuerdo de Punto Final, simplificando los requisitos para abarcar solamente los esenciales (prestado a quien le asistía el derecho, prescrito por un médico u ordenado por fallo de tutela y facturado por una IPS).

En relación al proceso de saneamiento financiero del sector salud en las entidades territoriales, definido en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, es importante precisar que en virtud de las competencias otorgadas por el legislador a los departamentos y distritos a través del artículo 43 de la Ley 715 de 2001, el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado se encuentra en cabeza de los territorios hasta las prestaciones realizadas a 31 de diciembre de 2019, fecha en la cual se centraliza la competencia en la Nación de conformidad con el artículo 231 de la Ley 1955 de 2019.

En este sentido, el proceso de auditoría de estas cuentas así como el pago de las mismas se encuentra en las entidades territoriales, quienes han continuado

ejerciendo sus competencias con el fin de cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto 2154 de 2019 *“Por el cual se establecen los términos y condiciones para la evaluación del esfuerzo fiscal de las entidades territoriales, a fin de determinar el monto de la cofinanciación de la Nación de que trata el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, y las reglas para el giro respectivo”*, en especial en la definición del Plan de Saneamiento por fases definido en el artículo 3 del aludido Decreto.

Si bien los departamentos y distritos han continuado con el reconocimiento de los servicios y tecnologías en salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado, el Ministerio de salud no cuenta con la información de los pagos que se han venido realizando.

A continuación, se presentan los valores girados a las entidades territoriales en el marco del “Acuerdo de Punto Final – Territorial”, para el pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado, con corte al 26 de mayo de 2020:

Tabla 10. Valores girados a las entidades territoriales en el marco del “Acuerdo de Punto Final – Territorial”

Cifras en Millones de Pesos Corrientes

VIGENCIA ENERO – MAYO 26 DE 2020			
ENTIDAD TERRITORIAL	DEUDA REPORTADA	FUENTES PROPIAS DISPONIBLES	VALOR APROBADO POR MHCP
Antioquia	273.837	189.951	83.886
Atlántico	872	872	
Barranquilla	40.458	236	40.222
Tolima	37.714	1.875	35.839
Valle del Cauca	200.215	42.431	157.784
TOTAL	553.096	235.365	317.731

Fuente: Elaboración MSPS.

E. SITUACIÓN DEL FLUJO DE RECURSOS EN LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO SEGÚN ADRES

De acuerdo con lo señalado en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, el objeto principal de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ± ADRES, es garantizar el adecuado flujo y control de los recursos del sistema destinados a la financiación del aseguramiento en salud. Para desarrollar dicho objeto la Entidad tiene entre otras, las siguientes funciones: a) Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud. b) Realizar los pagos, efectuar giros directos, a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantar

las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.

Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.

F. RECLAMACIONES RADICADAS POR IPS A LA ADRES ENTRE MAYO 2018 Y ABRIL DE 2020

El Gobierno Nacional en ejercicio de su facultad constitucional y en desarrollo del artículo 167 de la Ley 100 de 1993, estableció los parámetros para el reconocimiento y pago de los servicios de salud a cargo de la Subcuenta ECAT del FOSYGA hoy ADRES, y los mismos se señalan en la Resolución 1645 de 2016.2 En este sentido, para establecer si una reclamación, tiene acreditado el derecho al pago, se requiere que, una vez radicada la reclamación con todos los soportes exigidos en las normas correspondientes, se realice una auditoría integral, cuyo resultado sea la aprobación. En caso de no cumplimiento, procede la negación por no encontrarse acreditado el derecho o por no cumplir con los requisitos previstos para el pago.

Tabla 11.

IPS	Reclamación Nueva ³	Valor pretendido	Respuesta a Glosa ⁴	Valor pretendido	Total Reclamaciones	Total Pretendido
Privada	476.316	757.253.951.458	145.087	211.406.914.135	621.403	968.660.865.594
Pública	119.929	132.906.671.500	45.716	54.082.259.891	165.645	186.988.931.390
Mixta	5.689	7.353.423.531	3.557	4.410.424.823	9.246	11.763.848.354
Total	601.934	897.514.046.489	194.360	269.899.598.849	796.294	1.167.413.645.338

Fuente: Dirección de Otras Prestaciones respuesta a cuestionario Ministerio protección social ADRES.

Cifra en pesos

En ese escenario, resulta relevante mencionar que, para el proceso de reclamaciones, se han suscitado una serie de cambios normativos promovidos por el Gobierno Nacional, en particular, por el Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES dirigidos a implementar métodos que contribuyan al eficiente flujo de recursos en salud, así:

1. Decreto Ley 2106 de 2019, Artículo 106 modificó el Artículo 114 del Decreto 019 de 2012, a través del cual se estableció que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), asumirían el riesgo derivado de la prestación de los servicios en salud y el transporte al centro asistencial que se presten a víctimas de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos no asegurados por el SOAT o no identificados, que se encuentren afiliadas al sistema general de seguridad social en salud. Para ello se reconocerán a las EPS una prima, cuyo valor y forma de pago será regulado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

2. **Giro previo en recobros y reclamaciones, figura regulada en el artículo 2.6.4.3.5.1.6 y 2.6.4.3.5.2.1 del Decreto 780 de 2016**, a través de la cual se establece que, con el fin de asegurar un flujo eficiente de los recursos en salud, la ADRES puede, previo el resultado de auditoría, efectuar un giro a las entidades recobrantes o reclamantes, con base en una metodología que tiene en cuenta el porcentaje histórico de glosa de los recobros y reclamaciones aprobados.

3. **Resolución No. 21621 de 2019 de la ADRES**, a través de la cual se modificó el artículo 5 de la Resolución No. 4338 de 2018, en la cual se implementó la radicación electrónica de reclamaciones que versen sobre servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, de riesgos catastróficos de origen natural y eventos terroristas, a fin de facilitar la gestión de radicación para las entidades reclamantes.

5. MARCO NORMATIVO

De acuerdo con lo señalado en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, la atención de la salud y el saneamiento ambiental, son servicios públicos a cargo del Estado, que garantizan a todas las personas el acceso y los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

*“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.*⁸

A partir de la sentencia T 760 de 2008 de la Corte Constitucional, se reconoció la salud como derecho fundamental.

“El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto

⁸ Constitución Política art. 49

ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamental del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna.”⁹.

La legislación colombiana ha tratado de remediar las fallas del sistema de salud, mediante la expedición de leyes con el objetivo de implementar mecanismos que permitan sanear las deudas históricas que existen entre los agentes del sector salud, entre otras, como la circular 030 de septiembre de 2013, la ley 1949 de 2019 y el acuerdo de Punto Final.

A su vez, los malos manejos administrativos han sido objeto de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, finalizando con la liquidación de algunas EPS. Sin embargo y por múltiples motivos, no se ha permitido que las IPS recuperen los dineros que se les adeuda.

Ahora bien, como resultado del no pago de los dineros adeudados a las IPS por parte de las EPS, muchos de nuestros hospitales públicos han sido reportados y clasificados como de alto riesgo financiero y sometidos a programas de saneamiento fiscal y financiero. Lo anterior, en cumplimiento del artículo 80 de la Ley estatutaria 1438 de 2011, el cual establece:

*“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. Las Empresas Sociales del Estado, atendiendo su situación financiera se clasificarán de acuerdo con 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”.*¹⁰

De igual forma, la Ley 1955 de 2019 por medio del cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 en su artículo 77, establece que las Empresas Sociales del Estado categorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo

⁹ Sentencia T 760 de 2008

¹⁰ Ley 1

438 de 2011 artículo 80

medio o alto, deberán adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero con sujeción a los parámetros generales de contenido definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. El artículo define el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero – PSFF de Empresas Sociales del Estado – ESE, como un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre toda la ESE, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud.

COVID -19

El artículo 2.5.2.2.10 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, le asignó a este Ministerio la facultad para definir los términos, el objeto, las condiciones, los plazos, las tasas, las garantías exigidas y los periodos de gracia para realizar, entre otros, las operaciones de Compra de Cartera de que trata el artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, el cual se encuentra condicionado a la regla establecida en el segundo literal j) del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, que señala que este tiene cabida *“siempre y cuando, en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud”*.

En el marco de la Emergencia Sanitaria originada por el COVID-19, el artículo 15 del Decreto Legislativo 538 de 2020 adicionó el parágrafo segundo al artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, que señala que la ADRES podría adelantar los mecanismos consagrados en (i) el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011 y (ii) la compra de cartera de que trata el artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, sin la restricción establecida en el literal j) del referido artículo 67, esto es, sin necesidad de que previamente se hubiere garantizado la financiación del aseguramiento en salud en la vigencia.

Además, el Decreto Legislativo estableció que, para el pago de los recursos que se otorguen a través de estos mecanismos, se podrá realizar cruce de cuentas con cargo: (i) al mecanismo de saneamiento dispuesto por el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019; (ii) lo que se reconozca en la auditoría de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC; o (iii) lo reconocido por concepto de UPC de los regímenes contributivo o subsidiado.

Los recursos destinados a la financiación del mecanismo de compra de cartera son parafiscales, que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que, de conformidad con lo establecido en el literal g) del artículo 154 de la Ley 100 de 1993, es deber del Estado salvaguardarlos y evitar que se destinen a fines diferentes, finalidad que se logra evaluando adecuadamente las garantías para su retorno. Así mismo, debe tenerse en cuenta que el mecanismo de compra de cartera constituye una línea de crédito que se otorga a las EPS para el pago de sus obligaciones originadas en la prestación de los servicios de salud realizada por las IPS a sus afiliados, pero que en ningún momento dichas deudas son responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social o de la ADRES.

El Ministerio realizó un estudio de las necesidades para las atenciones en salud que demandaría el COVID 19 en el país¹¹; el cual consideró entre otros tres elementos: i) las atenciones individuales en salud; ii) las incapacidades de los cotizantes; iii) la oferta de camas de cuidado intensivo. Con base en estos análisis se estimó y dispuso una **inyección de \$6,9 billones de la línea de salud para la mitigación de la emergencia** y se plantearon unas medidas que fortalecerán el aseguramiento en salud y otras relacionadas con la salud pública y prestación de servicios. En cuanto a las medidas para el aseguramiento se destacan:

- a) **La compensación económica temporal de aislamiento para afiliados al régimen subsidiado con diagnóstico confirmado de Coronavirus – Covid 19** con el objeto de incentivar un aislamiento preventivo por parte de las personas que pertenecen a este régimen, se realizará un reconocimiento equivalente a 7 días de salario mínimo legal diario vigente, por una sola vez y por núcleo familiar. Recursos disponibles **\$356.212 millones**.
- b) **El reconocimiento de incapacidades por enfermedad general** considerando que el valor de las incapacidades derivadas del COVID19 y su frecuencia no se contemplaron en el porcentaje que se destina para el cubrimiento de incapacidades por enfermedad general, se van a reconocer estas incapacidades mediante reembolso a las EPS que realizará ADRES. Recursos disponibles **\$94.800 millones**

Para tal efecto, este Ministerio expidió la Resolución 741 de 2020, a través de la cual se establece el reporte de información de las incapacidades de origen común, incluidas aquellas derivadas del diagnóstico confirmado por COVID-19, con el fin de determinar la necesidad de recursos adicionales.

- c) **Canasta de atenciones en salud**, el Ministerio definirá el conjunto de los posibles servicios y tecnologías en salud que requieren los pacientes con Coronavirus COVID-19 y los respectivos valores máximos de reconocimiento y pago; los cuales serán reconocidos por la ADRES directamente a las IPS que conformen la red de prestadores para la atención de COVID 19 de las diferentes EPS. Los pagos se harán mediante anticipos u otros mecanismos que permitan el flujo a los prestadores, los cuales serán legalizados una vez las EPS realicen las respectivas auditorías a la facturación.

Es importante precisar que esta fuente de financiamiento diferente a los ingresos corrientes de las EPS, esto es UPC y presupuestos máximos, se reconocerá en el momento en el cual, de conformidad con los modelamientos del Ministerio de Salud y Protección Social las frecuencias de los servicios contemplados en las canastas incrementen y no puedan ser financiados con la UPC y los presupuestos máximos. Los recursos disponibles son de **\$4,6 billones**.

¹¹ <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS06.pdf>

Sobre el particular se encuentran publicadas para comentarios los proyectos de resolución *“Por la cual se definen las canastas de servicios y tecnologías en salud para la atención de pacientes con Coronavirus Covid-19 y sus valores máximos de reconocimiento”* y *“Por la cual se adopta el valor máximo de referencia para el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el procedimiento de identificación por pruebas moleculares de virus específico”*.

- d) **Reconocimiento económico temporal** para el talento humano de salud que preste servicios durante la pandemia a pacientes con COVID-19, se reconocerá por una sola vez una bonificación, y corresponde a un porcentaje del IBC promedio por perfil profesional, el cual será determinado por el Ministerio y se pagará por ADRES. Esta bonificación no constituye factor salarial y los recursos destinados a la misma ascienden a **\$452.700 millones**. Al respecto se encuentra publicada para comentarios el proyecto de resolución *“Por la cual se definen los perfiles ocupacionales del Talento Humano en Salud que serán beneficiarios del reconocimiento económico por su exposición al Coronavirus COVID-19, y el mecanismo de giro por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES”*
- e) **Pruebas diagnósticas:** Para efectos de realizar una compra centralizada de pruebas diagnósticas que permitan realizar tamizaje en grupos o conglomerados de población vulnerable o en riesgo, se dispusieron recursos por **\$20.000 millones**. La compra se realizará a través de ADRES.
- f) En **salud pública** esta Ministerio ha determinado el fortalecimiento de los laboratorios de las entidades territoriales para análisis de muestras y el diagnóstico oportuno de los casos de COVID-19. Adicionalmente se han destinado recursos para el fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica a nivel nacional, así como ampliar la capacidad del Instituto Nacional de Salud. **Recursos por \$32.000 millones**.
- g) Por el lado de las medidas relacionadas con la **ampliación de la oferta** que permitirían aumentar la capacidad instalada en el país para la atención de la enfermedad, se prevé la adecuación de camas hospitalarias de cuidados intermedios y cuidados intensivos, la compra de ventiladores y monitores, camas hospitalarias, bombas de infusión, unidades portátiles de rayos X, la dotación de elementos de bioseguridad, y demás adecuaciones físicas necesarias para la atención de la pandemia. **Recursos por \$721.000 millones**.
- h) Dentro de las medidas de apoyo económico destinadas a garantizar la sostenibilidad de los hospitales públicos, se consideró como estrategia el pago de nóminas y servicios personales indirectos con recursos del FOME por un monto de **\$380.000 millones**.

En caso de que los recursos asignados para la atención y mitigación del COVID-19 resulten ser insuficientes, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá disponer los recursos requeridos para la atención de la pandemia.

6. IMPACTO FISCAL

De conformidad con el Artículo 7 de la Ley 819 de 2003, los gastos que genere la presente iniciativa se entenderán incluidos en los presupuestos y en el Plan Operativo Anual de Inversión de las entidades competentes. Es relevante mencionar, para el caso en concreto, que no obstante lo anterior, la Corte Constitucional en Sentencia C-911 de 2007, puntualizó que:

“el impacto fiscal de las normas, no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa, afirmando: “En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el art. 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo”. “(...) Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.

7. CONCEPTOS

Sobre el particular, se elevaron peticiones a varias entidades relacionadas con el sector salud para que emitieran conceptos sobre la conveniencia o no de la presente iniciativa legislativa. Al respecto, se pronunciaron las siguientes:

- A. La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas**, a través de su director general, el señor Juan Carlos Giraldo Valencia, consideró que el proyecto de ley “cuenta con una exposición de motivos amplia, bien fundamentada, con elementos teóricos y con hallazgos extractados de la operación real del sistema de salud, muy especialmente de la problemática crónica y creciente del inadecuado flujo de recursos. Recoge usted en la exposición de motivos -que delimita la justificación del proyecto- un

diagnóstico que desde hace más de 10 años viene advirtiendo el sector prestador de servicios: el irresoluto asunto de las carteras de las entidades administradoras de planes de beneficios, que pasan a procesos de liquidación y nunca terminan de honrar, de manera siquiera medianamente suficiente, las enormes deudas con el sector hospitalario colombiano. Si bien en el pasado algunas leyes como la 1797 y su artículo 12 han tratado de contener el daño ya causado, esa disposición y los decretos reglamentarios de otras normas se quedan cortas pues apenas alcanzan a disminuir el impacto nocivo para las finanzas de los hospitales y las clínicas, pero ninguna ha abordado el asunto de manera preventiva o ex ante como si se puede deducir de la exposición de motivos y del articulado del presente proyecto.”

“...Ya analizando el articulado, valga la pena recordar que en el actual periodo de gobierno se ha concentrado la esperanza de una mejor situación económica para el sector salud (especialmente el prestador) en asuntos como los expresados en el Plan Nacional de Desarrollo y muy específicamente hablamos del mecanismo de giro directo y el Acuerdo de punto final. De este último, debemos decir que mediante el mismo se aspira a pagar una cantidad importante de acreencias de las EPS -que están funcionando- con el sector prestador; sin embargo (aquí está nuestra coincidencia con el proyecto de ley 248) y como lo hemos expresado públicamente, creemos desde el gremio hospitalario que se debería avanzar en el sistema de salud a la creación de un régimen de insolvencia, una ley de quiebras o lo que hemos denominado un acuerdo de punto final 2.0, que precisamente se encargue de enfrentar el enorme reto que impone la salida o la quiebra de grandes operadores de planes de beneficios que no responden por sus acreencias (las actuales y las eventuales nuevas mega liquidaciones).”

“...El proyecto de Ley 344, hoy el 248, coincide entonces con una importante parte de la solicitud que viene efectuando el sector prestador: la creación de ese mecanismo de garantía a presente y futuro. En el articulado queda absolutamente claro que se trata de un mecanismo que busca evitar daños colaterales de las liquidaciones de EPS sin requerir recursos adicionales, pues encuentra la fuente de financiación en el tramo de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- destinada a la administración. Una virtud del proyecto es precisamente no comprometer el componente de prestación de servicios, pero sí ajustar la eficiencia de los operadores de planes de beneficios. Efectivamente, el proyecto de Ley respecto del Régimen subsidiado ajusta el porcentaje máximo en 1 punto pasando del 8 % actual a un 7 % y en régimen contributivo efectúa la operación de ajustar al 7 % pasando del máximo de 10 puntos que había ordenado la misma Ley 1438 y que inexplicablemente aun cuando fijó un plazo para su reglamentación, a la fecha aún no ha sido reglamentado. Es decir, este proyecto de ley aclara el valor máximo de la franja de administración y crea condiciones de paridad en ambos regímenes. Se acaba con una inequidad administrativa y se regula la eficiencia

concediendo 7 puntos para una administración que (con el paso de los años y la experiencia acumulada por las EPS) tendrían que ser más que suficientes.”

“...En resumen, Honorable Representante, desde nuestro concepto el proyecto de ley 248 de 2020 de cámara de representantes, tiene justificación suficiente, aporta una herramienta valiosa para la estabilidad del sector, desarrolla un elemento reglamentario pendiente en el sector salud, aporta a la búsqueda de eficiencia administrativa, genera igualdad entre instituciones y optimiza los recursos existentes.”

- B.** Por su parte, **La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)**, se pronunció en el sentido de manifestar que “en caso de que el Proyecto Ley 344 de 2020 (hoy 248 de 2020) de la Cámara de Representantes entrara en vigor, las Entidades Promotoras de Salud que ingresen en proceso de liquidación financiarían sus obligaciones insolutas con los recursos del «Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud» llevando a que sean las demás Entidades Promotoras de Salud las encargadas de financiar dichas obligaciones, puesto que en virtud del parágrafo 1 del artículo 2° de la iniciativa, la ADRES debería dejar de reconocer el 3% de la UPC en el régimen contributivo y 1% de la UPC en el régimen subsidiado, que actualmente pueden percibir esas entidades a título de gastos de administración, y los mismos serían la fuente de financiación del mencionado Fondo de Salvamento.”

8. TEXTO PROPUESTO DE MODIFICACIONES

Texto presentado inicialmente	Cambios propuestos para el primer debate	Justificación
<p>ARTÍCULO 1. El artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 23. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. El Gobierno Nacional a partir de la expedición de la presente Ley, reconocerá el porcentaje de gasto de</p>	<p>ARTÍCULO 1º. El artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 23. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. El Gobierno Nacional reconocerá el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base</p>	<p>Se unifica el formato de numeración de los artículos.</p> <p>Se elimina lo referente a términos de vigencia puesto que hay un artículo al final que hace referencia al momento desde el cual será aplicable todo lo dispuesto en el proyecto.</p> <p>También se separan los dos incisos como está actualmente en la ley 1438 de 2011.</p>

<p>administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de evaluación de su eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 7% de la Unidad de Pago por Capitación para ambos regímenes. Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud.</p>	<p>en criterios de evaluación de su eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 7% de la Unidad de Pago por Capitación para ambos regímenes.</p> <p>- Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud.</p>	
--	---	--

ARTÍCULO 2° CREACIÓN DE FONDO Y OBJETO:

Créase el Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud, el cual será administrado por el ADRES o el que haga sus veces. Dicho fondo, tendrá como objeto la cancelación de las cuentas no pagadas a la red hospitalaria, por parte de las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren en proceso de liquidación.

PARÁGRAFO 1. El Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud será financiado con el 3% de la Unidad de Pago por Capitación, anteriormente destinado a la administración de Entidades promotoras de Salud del Régimen Contributivo; y con el 1% de la Unidad de Pago por Capitación antes destinado a las Entidades promotoras de salud del Régimen Subsidiado.

PARÁGRAFO 2. El Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud, asumirá el saneamiento de las deudas en el siguiente orden: primero la Red Pública Hospitalaria; segundo entidades de salud mixtas; tercero las IPS privadas y; finalmente los proveedores de salud.

ARTÍCULO 2°. CREACIÓN DE FONDO Y OBJETO:

Créase el Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud, el cual será administrado por el ADRES o el quien haga sus veces. Dicho fondo, tendrá como único objeto la cancelación de las cuentas no pagadas a las instituciones prestadoras de salud, sean entidades oficiales, mixtas o privadas; por parte de las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren en proceso de liquidación.

PARÁGRAFO 1. El Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud será financiado con un porcentaje de la unidad de pago por capitación. En lo referente al régimen contributivo se destinará el 3% de la unidad, mientras que en el régimen subsidiado será el 1%.

PARÁGRAFO 2. El Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud, asumirá el saneamiento de las deudas de las instituciones prestadoras de salud en el siguiente orden: primero las entidades oficiales de la Red Pública Hospitalaria, segundo las entidades mixtas, tercero las IPS privadas, y finalmente; los proveedores de salud.

Se adiciona la palabra “único” para dar claridad en la destinación específica y exclusiva de los recursos que componen el fondo.

Se amplía la enunciación de las instituciones con quienes tiene cuentas pendientes las EPS. Puesto que a lo largo del proyecto se ha manifestado que la intención del fondo es respaldar a todas las instituciones prestadoras de salud.

Se hacen cambios en la redacción del párrafo segundo para mantener concordancia con los términos utilizados en el inciso primero de este artículo.

**NUEVO ARTÍCULO 3:
Funciones de administración
del Fondo de Salvamento de
Prestadores de Salud.**

La administración del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud comporta el ejercicio de las siguientes funciones:

1.Efectuar las operaciones y actividades administrativas, financieras, contables y presupuestales, de acuerdo con las normas legales.

2.Propender por el ingreso efectivo al Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud de los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiación previstas en la ley.

3.Establecer los mecanismos de registro y control presupuestal y contable, los métodos de proyección de ingresos y gastos, así como el seguimiento y control financiero.

4.Velar por la conservación y mantenimiento de los recursos del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.

5.Realizar el seguimiento y control financiero y presupuestal del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.

6.Suministrar la información requerida por los organismos de control o demás autoridades del Estado relacionada con la ejecución de los recursos del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.

7.Responder por la administración de los recursos económicos del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.

8.Efectuar oportunamente el

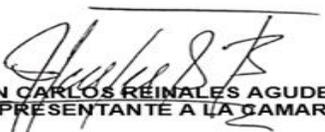
Se propone adicionar este artículo con el objetivo de especificar las funciones de administración

	<p>pago de las obligaciones del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.</p> <p>9. Realizar la auditoría al manejo de los recursos del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.</p> <p>10. Las demás inherentes a la administración del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.</p>	
	<p>NUEVO 4: Requisitos para el giro de los recursos. La Superintendencia Nacional de Salud establecerá los requisitos que deberán cumplir las entidades beneficiarias para hacerse acreedoras al giro de los recursos.</p> <p>Dicho giro se efectuará al encargo fiduciario que deberá constituir cada una de las entidades beneficiarias del giro con una entidad fiduciaria pública del orden nacional. La fiduciaria únicamente pagará a los beneficiarios finales, previo el cumplimiento de los requisitos que para el efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p>Se propone agregar un nuevo artículo que le asigna la tarea a la Supersalud de establecer los requisitos que deberán cumplir las entidades beneficiarias para hacerse acreedoras al giro de recursos.</p>
	<p>ARTÍCULO 5: La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, derogando todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Este artículo sería el 5 de aprobarse los cambios</p>

9. PROPOSICIÓN

Considerando los argumentos expuestos y en cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 5 de 1992, presentamos ponencia favorable y, en consecuencia, solicitamos a los miembros de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar primer debate al proyecto de Ley 248 de 2020 Cámara “*Por medio del cual se modifica la Ley 1438 de 2011 y se dictan otras disposiciones*”.

Cordialmente,



JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda
Partido Liberal Colombiano
Coordinador Ponente



ÁNGELA PATRICIA SÁNCHEZ LEAL
Representante a la Cámara
Por Bogotá
Partido Cambio Radical
Ponente



OMAR DE JESÚS RESTREPO
Representante a la Cámara
Partido FARC
Ponente

10. POSIBLES CONFLICTOS DE INTERÉS

Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual “El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar”.

A continuación, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan

presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa.

“Artículo 1º. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:

(...)

a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.

b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.

c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.

d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.

e) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo que tratan sobre los sectores económicos de quienes fueron financiadores de su campaña siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual para el congresista. El congresista deberá hacer

saber por escrito que el artículo o proyecto beneficia a financiadores de su campaña. Dicha manifestación no requerirá discusión ni votación.

f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...). (Subrayado y negrilla fuera de texto).

De lo anterior, y de manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Honorables Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En suma, se considera que este proyecto se enmarca en lo dispuesto por el literal a del artículo primero de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se entiende que no hay conflicto de interés. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

11. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMERA DEBATE

Proyecto De Ley Número 248 de 2020 Cámara

“Por medio del cual se modifica la Ley 1438 de 2011 y se dictan otras disposiciones”.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA

ARTÍCULO 1º. ARTÍCULO 1º. El artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, quedará así:

ARTÍCULO 23. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. El Gobierno Nacional reconocerá el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de evaluación de su eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 7% de la Unidad de Pago por Capitación para ambos regímenes.

Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud.

ARTÍCULO 2º. ARTÍCULO 2º. CREACIÓN DE FONDO Y OBJETO: Créase el Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud, el cual será administrado por el ADRES o el quien haga sus veces. Dicho fondo, tendrá como único objeto la cancelación de las cuentas no pagadas a las instituciones prestadoras de salud,

sean entidades oficiales, mixtas o privadas; por parte de las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren en proceso de liquidación.

PARÁGRAFO 1. El Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud será financiado con un porcentaje de la unidad de pago por capitación. En lo referente al régimen contributivo se destinará el 3% de la unidad, mientras que en el régimen subsidiado será el 1%.

PARÁGRAFO 2. El Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud, asumirá el saneamiento de las deudas de las instituciones prestadoras de salud en el siguiente orden: primero las entidades oficiales de la Red Pública Hospitalaria, segundo las entidades mixtas, tercero las IPS privadas, y finalmente; los proveedores de salud.

ARTÍCULO 3º. NUEVO ARTÍCULO 3: Funciones de administración del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud. La administración del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud comporta el ejercicio de las siguientes funciones:

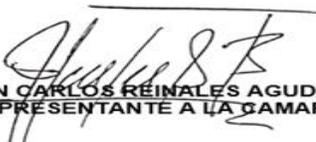
- 1.Efectuar las operaciones y actividades administrativas, financieras, contables y presupuestales, de acuerdo con las normas legales.
- 2.Propender por el ingreso efectivo al Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud de los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiación previstas en la ley.
- 3.Establecer los mecanismos de registro y control presupuestal y contable, los métodos de proyección de ingresos y gastos, así como el seguimiento y control financiero.
- 4.Velar por la conservación y mantenimiento de los recursos del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.
- 5.Realizar el seguimiento y control financiero y presupuestal del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.
- 6.Suministrar la información requerida por los organismos de control o demás autoridades del Estado relacionada con la ejecución de los recursos del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.
- 7.Responder por la administración de los recursos económicos del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.
- 8.Efectuar oportunamente el pago de las obligaciones del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.
- 9.Realizar la auditoría al manejo de los recursos del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.
- 10.Las demás inherentes a la administración del Fondo de Salvamento de Prestadores de Salud.

NUEVO 4: Requisitos para el giro de los recursos. La Superintendencia Nacional de Salud establecerá los requisitos que deberán cumplir las entidades beneficiarias para hacerse acreedoras al giro de los recursos.

Dicho giro se efectuará al encargo fiduciario que deberá constituir cada una de las entidades beneficiarias del giro con una entidad fiduciaria pública del orden nacional. La fiduciaria únicamente pagará a los beneficiarios finales, previo el cumplimiento de los requisitos que para el efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO 5: La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, derogando todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,



JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JUAN CARLOS REINALES AGUDELO
Representante a la Cámara
Departamento de Risaralda
Partido Liberal Colombiano
Coordinador Ponente



ÁNGELA PATRICIA SÁNCHEZ LEAL
Representante a la Cámara
Por Bogotá
Partido Cambio Radical
Ponente



OMAR DE JESÚS RESTREPO
Representante a la Cámara
Partido FARC
Ponente