

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	
Para responder este documento favor citar este número:	
Rad No:	202017001372491
Fecha:	26-10-2020
Dependencia	1000 DESPACHO DEL SUPERINTENDENTE
Expediente	

Bogotá,

Doctor

Juan Carlos Reinales Agudelo*

Representante a la Cámara

Cra. 7 N° 8 # 68 Piso 5to

COMISION SEPTIMA

comision.septima@camara.gov.co

Bogotá. D.C.

Asunto: Respuesta Cuestionario Debate de Control Político Proposición número 25 del 2020

Respetado Doctor Reinales

La Superintendencia Nacional de Salud recibió su comunicación a través de la cual informa citación a debate de Control Político en cumplimiento de la Proposición número 25 de 2020, por lo que se envía respuesta al cuestionario enviado a través de la misma comunicación:

1. Respecto de los procesos de revocatoria de funcionamiento a las EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, Explique:

a. ¿Cuáles son los criterios utilizados?

La revocatoria de autorización de funcionamiento de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) tiene su origen en diversas fuentes, particularmente en lo dispuesto en el artículo 230 de la Ley 100 de 1993, cuyo alcance ha sido fijado a través de la facultad reglamentaria del Gobierno Nacional, a través de: (i) el Decreto 506 de 2005 – hoy

derogado e incorporado en el Decreto 780 de 2016 – en cuanto al procedimiento aplicable y las causales fijadas en los Decretos 515 de 2004 modificado por el artículo 5 del Decreto 3556 de 2008 (hoy derogados) y (ii) el Decreto 682 de 2018 que derogó las normas anteriores sobre causales y estableció en los artículos 2.5.2.3.5.3 y 2.5.2.3.5.4 las condiciones y efectos de la revocatoria, incorporando estos artículos al Decreto 780 de 2016.

En ejercicio de las acciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, luego de agotado el trámite previo de que trata el artículo 2.5.5.1.8 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 2.5.2.3.5.3 del Decreto 682 de 2018, la Superintendencia adopta la decisión sobre el trámite de revocatoria, luego de garantizar el derecho de contradicción y defensa de la entidad vigilada.

b. Si la imposición de medidas de vigilancia especial es un factor que incide en dicha revocatoria. ¿Cómo se explica que varias EPS lleven varios años de estar bajo estas medidas y aún continúen funcionando?

Las medidas de vigilancia especial del eje de acciones y medidas especiales buscan proteger la confianza pública en el sistema y son una figura distinta a la revocatoria de autorización de funcionamiento o habilitación, cuyo propósito es garantizar la idoneidad de los actores del sistema; se diferencian especialmente en cuanto a su finalidad, régimen aplicable, procedimiento y funciones que con cada una se cumplen.

La vigilancia especial no está definida como “un factor que incide” en la revocatoria de autorización de funcionamiento, son decisiones y procedimientos diferentes, que responden a un marco normativo propio; sin embargo el legislador no limitó el ejercicio de las diferentes funciones de manera sucesiva, concurrente o simultánea, antes bien, definió un amplio conjunto de acciones de inspección, vigilancia y control para ejercer en el SGSSS, por lo cual las EPS pueden ser objeto de estas dos pero además, por ejemplo, ser sancionadas administrativamente con multas, ser objeto de medidas cautelares de cesación provisional (art. 125 ley 1438), entre otras.

Así, la revocatoria asume un contenido frente a la verificación de las condiciones de habilitación de las EPS a las que se hace seguimiento y tiene unas consecuencias dadas por las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como las que, a su turno, establece el artículo 2.5.2.3.5.4 del Decreto 780 de 2016:

“Artículo 2.5.2.3.5.4. Efectos de la revocatoria de la autorización de funcionamiento. *Las entidades a las que le fuere revocada totalmente la autorización de funcionamiento en el marco de lo dispuesto por el ordenamiento legal o por incumplir cualquiera de las condiciones previstas en el artículo anterior, no podrán administrar recursos ni ofrecer el Plan de Beneficios en Salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios, sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar”.*

Parágrafo. *Las entidades que hayan perdido su autorización de funcionamiento por motivos diferentes al retiro voluntario no podrán solicitar nuevas autorizaciones en un lapso de tres (3) años posteriores a la fecha de traslado efectivo de la totalidad de la población afiliada.”*

La medida preventiva de vigilancia especial, por su parte, tiene una naturaleza cautelar y preventiva, y busca que la entidad pueda seguir cumpliendo con su objeto social, tema sobre el cual se pronunció la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado en el concepto 2358 de 12 de diciembre de 2017 (C.P. Edgar González López):

*“[...]En su lugar, la naturaleza de la medida de toma de posesión -al igual que la de las **demás medidas preventivas o de salvamento concebidas por el legislador para evitar la toma de posesión-** corresponde más a la de una medida cautelar¹ que tiene por objeto corregir situaciones económicas y administrativas, con el fin de poner la institución intervenida en condiciones de desarrollar su objeto social o de liquidarla cuando a juicio de la Superintendencia así se requiera para salvaguardar el interés público comprometido.”*

Con lo anterior, se garantiza la continuidad en la prestación del servicio público esencial de salud y se evita la ocurrencia de mayores riesgos sistémicos para el aseguramiento en salud.

Así pues, no existe un punto de equivalencia entre las medidas especiales que asumen una naturaleza preventiva, lo que le permite al sujeto de estas la posibilidad de continuar dentro del sistema bajo el cumplimiento de unas condiciones, y una decisión de un tenor más fuerte como lo es la revocatoria, que implica el retiro (total o parcial) de un actor del sistema cuando se acrediten las causales para su procedencia.

En consecuencia, algunas EPS que han estado bajo medida de vigilancia especial han sido objeto de liquidación o de revocatoria parcial o total de la autorización de funcionamiento, o retiro voluntario; otras continúan bajo la medida preventiva con órdenes específicas según su condición. También es posible que las entidades vigiladas acudan a figuras que contempla la normativa del sistema como los procesos de reorganización institucional (fusión, escisión, creación nueva entidad), retiro voluntario, disminución de la capacidad de afiliación, entre otras.

Cada caso es estudiado en las dependencias y comités internos con instrumentos de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) e información sobre el desempeño de las entidades, cumplimiento en sus obligaciones como asegurador, las PRQD de los

¹ Se toma como criterio lo analizado por la doctrina en relación con la medida de toma de posesión regulada por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF). Cfr., especialmente Gualy, Jesús Heraclio. Las medidas preventivas de la toma de posesión como instituto de saneamiento y protección de la confianza pública. En la publicación por 80 años Superintendencia Bancaria de Colombia. Bogotá, julio de 2003. Sobre el particular Cfr. Martínez Neira, Néstor Humberto Martínez. Cátedra de Derecho Bancario. Legis, Bogotá. 2000, pp. 457 ss.

usuarios, los reportes de pago y mora de las IPS, etc., y analizados en conjunto para la toma de decisiones, dando cumplimiento a los procedimientos y normas aplicables.

Por otra parte, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) en la toma de decisiones frente a medidas como revocatoria parcial o total de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), específicamente con respecto a las EPS, considera necesario tener en cuenta y evaluar el riesgo sistémico. Lo anterior teniendo en cuenta que en el sistema de salud existen fuertes interconexiones o vínculos entre los actores, y en consecuencia hay una probabilidad que al ocurrir un evento adverso se genere un efecto sucesivo de contagio por diferentes canales y afecte actores representativos para el aseguramiento y la prestación del servicio de salud.

Es así como la SNS analiza diferentes factores como la heterogeneidad en las dinámicas del aseguramiento en cada territorio y la interconexión de muchos efectos: la concentración de afiliación, la concentración de la oferta, la dependencia de los prestadores en dichas entidades, las dinámicas del flujo de recursos, y las necesidades de capital requerido para poder operar en el aseguramiento obligatorio en salud, entre otros.

En el caso en el que una EPS sea objeto de una revocatoria, se pueden desencadenar una serie de consecuencias que involucran a otros actores del SGSSS como las demás EPS y los prestadores de servicios de salud (PSS). Las EPS receptoras deberán recibir el traslado de afiliados de forma inmediata y dependiendo del contexto puede convertirse en un riesgo operativo para estas, ya que la entidad puede no tener el capital necesario, y la red adecuada, suficiente y oportuna para garantizar el aseguramiento de los nuevos afiliados. Los afiliados trasladados pueden tener una alta carga de morbilidad y posibles repesas en la atención, afectando de forma directa e inmediata la siniestralidad de las EPS receptoras en el corto plazo. Por otro lado, en cuanto al cumplimiento de las condiciones financieras las EPS receptoras requieren de un capital mayor y necesitan realizar un recálculo de las reservas técnicas (en especial del IBNR) con información limitada.

En cuanto a los PSS podrán generarse pérdidas económicas, debido a la alta dependencia de algunos PSS con EPS específicas y a las altas cuentas por cobrar a la EPS que no pueden ser saldadas en el proceso de liquidación y que sean representativas en su activo. Adicionalmente, aún cuando los PSS no se vean forzados al cierre total de servicios, algunos lo harán de forma parcial, afectando la oferta disponible de prestación de servicios de salud y, por tanto, la suficiencia de red.

Luego, ante la salida de alguna EPS, si las EPS e IPS que pueden permanecer en el mercado no tienen la capacidad de ajustarse de manera inmediata para ampliar la red y garantizar el servicio de salud, se podría generar un escenario de riesgo sistémico, el cual repercute directamente en los resultados en salud de la población afiliada. Es así como la planeación estratégica de estos cambios en el sistema que tenga en cuenta

todos estos factores es fundamental para lograr la adaptación adecuada de las EPS que reciben afiliados y de esta manera, mitigar riesgos sistémicos.

2. En caso de iniciar un procedimiento administrativo sancionatorio para revocatoria parcial de la habilitación de una EPS, ¿Cuál es el criterio o norma aplicable que tiene definido la Superintendencia Nacional de Salud para establecer el periodo a evaluar en este trámite? Por ejemplo, ¿si tiene medida de vigilancia se evalúa el cumplimiento del Plan de Mejoramiento presentado al corte de la medida?

Corresponde al Superintendente Nacional de Salud autorizar el funcionamiento o habilitar Entidades Promotoras de Salud, según el Decreto 2462 de 2013 numeral 15 artículo 7, autorización de funcionamiento que se otorga de forma temporal, no a perpetuidad, y condicionada al cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación para su permanencia; en virtud de lo anterior, el mismo Superintendente podrá revocar la autorización de funcionamiento o habilitación otorgada a las EPS mediante providencia motivada, entre otros “Cuando la entidad deje de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización.” de acuerdo con lo dispuesto el inciso segundo del artículo 230 de la Ley 100 de 1993, en el marco del seguimiento a las condiciones de habilitación para su permanencia que compete a esta entidad.

La revocatoria parcial de funcionamiento puede adoptarse en cualquier momento en que se establezca que una EPS está incurso en alguna de las causales definidas en la normativa que rige la materia, que para el caso concreto son las enunciadas en los artículos 230 y 153 de la Ley 100 de 1993 modificado por la Ley 1438 de 2011, y el artículo 2.5.2.3.5.3 del Decreto 780 de 2016 o las que se determinen en las disposiciones legales, reglamentarias vigentes.

Así mismo, la Superintendencia expide un acto administrativo dando inicio a la actuación administrativa de revocatoria parcial de autorización de funcionamiento por medio del cual la EPS puede ejercer el derecho de contradicción y defensa que le asiste a la entidad vigilada, el cual, debe ser como mínimo de cinco (5) días hábiles. Esta es una etapa previa a la decisión definitiva que deberá adoptar el Despacho del Superintendente Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.5.5.1.8 del Decreto 780 de 2016 y el numeral 15 del artículo 7 del Decreto 2462 de 2013.

Por último, es pertinente indicar que el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, se refiere a las funciones de la Delegada de Procesos Administrativos conforme lo define el numeral 5 del artículo 29 del Decreto 2462 de 2013, y en estricto sentido, la revocatoria de la autorización de funcionamiento de EPS no es un proceso sancionatorio, sino un procedimiento administrativo especial

para garantizar la idoneidad de los actores del Sistema que cumple el Despacho del Superintendente Nacional de Salud que es quien concede la autorización de funcionamiento a una EPS y, por tanto, es el mismo competente para revocarla, en virtud del paralelismo de formas.

3. ¿Cuál es el criterio que usa la Superintendencia Nacional de Salud para adelantar procesos de revocatoria de funcionamiento a EPS en plena emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 cuando en realidad lo que se requiere de ese ente de control es que mantenga al menos la oferta de servicios de prestación y aseguramiento bajo condiciones de calidad (e incluso debe ampliar la oferta) y ejerza verdaderamente sus funciones de vigilancia?

La Superintendencia Nacional de Salud es la entidad pública que tiene como misión proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Inspección, Vigilancia, Control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación, de manera transparente y oportuna de conformidad con lo establecido en el Decreto 2462 del 7 de noviembre del 2013, modificado por el Decreto 1765 del 1 de octubre de 2019.

Ninguna de las funciones de esta entidad ha sido suspendida o derogada durante la emergencia sanitaria decretada, ni se ha recibido orden de autoridad competente en ese sentido, por lo cual todas ellas se siguen cumpliendo a cabalidad para la garantía de los derechos de los usuarios.

Frente al proceso de revocatoria de las EPS, como quedó indicado, la Superintendencia Nacional de Salud podrá en cualquier momento adelantar las acciones de inspección y vigilancia definidas en el marco de sus competencias, en especial cuando se encuentren incursas en alguna de las causales de que tratan los artículos 230 y 153 de la Ley 100 de 1993 modificado por la Ley 1438 de 2011, y el artículo 2.5.2.3.5.3 del Decreto 780 de 2016 o las que se determinen en las disposiciones legales, reglamentarias vigentes.

Dado que las acciones de inspección y vigilancia definidas en el marco de sus competencias se ejercen de forma permanente, en el análisis que realiza la Supersalud se ha contemplado la coyuntura actual de pandemia por COVID-19. Siendo esta una situación en la cual se debe velar por que las diferentes entidades encargadas del aseguramiento cumplan con la prestación de los servicios bajo los estándares de calidad (pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad) que sus afiliados requieren tanto para la atención de la COVID-19 como de las demás condiciones que afectan a la población. En este sentido, el incumplimiento reiterativo y acentuado por parte de las EPS, confieren un mayor riesgo en el camino de la garantía del derecho a la salud. Es así como en estricto seguimiento del cumplimiento de las funciones del aseguramiento durante la Emergencia Sanitaria y teniendo en cuenta la evolución de la pandemia en las diferentes regiones del país, así como las proyecciones de los picos de contagio en cada uno de los departamentos que podrían verse afectados si se toman medidas, la Superintendencia analiza la toma decisiones con fin de minimizar los posibles efectos que estas puedan tener en el manejo de la

pandemia. Este ejercicio está basado en las estimaciones que realiza el Instituto Nacional de Salud (INS).

Ahora bien, la prestación de servicios de salud de los usuarios de las EPS sobre las cuales se toman medidas no debería verse afectada en tanto que la red de prestadores con la cual cuentan es la que se encuentra habilitada en el territorio donde viven sin pérdida en la continuidad de los servicios, ya que desde la Superintendencia se asegura el inmediato traslado a una EPS que garantice dicha prestación.

En este punto, el Decreto 1424 de 2019 define las reglas que permiten garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio de salud ante este tipo de decisiones.

4. ¿Dentro de las EPS que son objeto de Medida Preventiva de Vigilancia Especial, cuáles son las que han presentado mayores avances al último corte, en cuanto a los indicadores que son objeto de seguimiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud? ¿Cuáles son los criterios que tiene la Superintendencia frente a mantener o levantar esta clase de medidas a las EPS que más avances han reportado? ¿Hay criterios cuantitativos?

Con corte a junio 30 de 2020, las EPS que tienen alguna medida especial adoptada son las siguientes:

Entidad	Tipo de entidad	Tipo de Medida	Fecha adopción medida
COMFACHOCÓ	Régimen Subsidiado	Programa de Recuperación	Resolución 002065 del 22 de abril de 2020
SOS	Régimen Contributivo	Vigilancia Especial	Resolución 4081 del 27 de marzo de 2018
CONVIDA	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 000546 del 31 de marzo de 2017
COMFAMILIAR CARTAGENA Y BOLIVAR	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 002258 del 4 de agosto de 2016
COMFAGAJIRA	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 1164 del 4 de marzo de 2020
COMFAMILIAR HUILA	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 4706 del 26 de abril de 2019
ASMET SALUD	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 11263 del 5 de diciembre de 2018
COMPARTA	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución No 002259 del 4 de agosto de 2016
EMSSANAR	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 008925 del 02 de octubre de 2019

ECOOPSOS	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 11464 del 12 de diciembre de 2018.
COMFANARIÑO	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 1165 del 4 de marzo de 2020
AMBUQ	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 002260 del 4 de agosto de 2016
COMFASUCRE	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 4708 del 26 de abril de 2019
COMFACUNDI	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 002918 del 28 de septiembre de 2016
MEDIMÁS	Régimen Subsidiado y Contributivo	Vigilancia Especial	Resolución 005163 del 19 de octubre de 2017
SAVIA SALUD EPS	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 2573 del 4 de agosto de 2017
CAPITAL SALUD	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 001976 del 22 de octubre de 2015
CAPRESOCA	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 002261 del 4 de agosto de 2016
DUSAKAWI	Régimen Subsidiado	Vigilancia Especial	Resolución 002633 del 24 de agosto de 2012
COOMEVA	Régimen Contributivo	Vigilancia Especial	Resolución No. 003287 del 4 de noviembre de 2016

De estas entidades, como se expone en la respuesta a la pregunta 6 las que, por desempeño, según el Indicador Global de Desempeño, quedarían en el grupo de mayor vulnerabilidad en orden alfabético son: Ambuq, Comfamiliar Cartagena, Comfamiliar Guajira, Comfamiliar Huila, Comparta, Convida, Emssanar y Medimás. Para mayor detalle referirse a la respuesta de la pregunta 6.

Por otro lado, como consecuencia de la emergencia sanitaria del 2020 y el aislamiento obligatorio de la población, el comportamiento de algunos indicadores analizados en cada uno de los componentes financieros, jurídico y técnico científico presentaron variaciones en los resultados de los indicadores que no corresponden al normal funcionamiento de las entidades bajo medida de vigilancia especial, producto de la disminución en la demanda de servicios, el cierre de los despachos judiciales, la restricción a la movilidad de los usuarios, retraso en los procesos de radicación de la red prestadora y proveedora de los servicios de salud, el temor al contagio de Covid-19 que ha llevado a abstenerse de acudir al normal uso de los servicios médicos, entre otros. El análisis de los indicadores se debe realizar con detalle, que las aparentes mejorías en estos podrían estar relacionados a la situación descrita, y podrían no

reflejar la capacidad financiera real de las entidades, ni son suficientes para cumplir con las condiciones que garanticen su equilibrio económico, manteniéndose el riesgo de no administrar los recursos asignados del SGSSS en pro de garantizar la oportuna y adecuada prestación de servicios de salud a sus afiliados.

Ahora, frente a las decisiones que adopta la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, en relación con mantener vigente una medida especial, es pertinente señalar que de forma periódica se evalúa y analiza la operación de las entidades vigiladas en medida especial, desde las Superintendencias Delegadas para la Supervisión Institucional, Supervisión de Riesgos, para la Protección al Usuario y Medidas Especiales, y cada una desde su competencia, conceptúa la situación de cada entidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Como consecuencia de dicho seguimiento se obtienen insumos técnicos, financieros, jurídicos y administrativos que son presentados ante el Comité de Medidas Especiales, instancia técnica que analiza y recomienda al Superintendente Nacional de Salud, la adopción de decisiones razonables encaminadas a la protección del derecho a la salud de sus usuarios, la debida destinación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la minimización de los riesgos para el sistema de manera que se preserve la confianza pública, se pretenda que no incurra en causal de toma de posesión o para subsanarla, conforme lo señala la ley 1122 de 2007 en el marco del eje de acciones y medidas especiales y la función de control:

“ARTÍCULO 35. DEFINICIONES. Para efectos del presente capítulo de la ley, se adoptan las siguientes definiciones:

C. Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados.”

“ARTÍCULO 37. EJES DEL SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes

(...)

5. Eje de acciones y medidas especiales. <Numeral modificado por el artículo 124 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como para intervenir técnica y

administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Salud, deberá decidir sobre su liquidación.”

Ahora bien, teniendo en cuenta la remisión legal para la adopción y procedimiento de medidas especiales, contenido en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (EOSF) - Decreto Ley 663 de 1993, reglamentado por el Decreto 2555 de 2010, y demás disposiciones que los complementan, adicionen o modifiquen, encontramos en el artículo 114 del EOSF causales para la toma de posesión, pero específicamente para la adopción de medidas cautelares y la intervención con fines de liquidación no se encuentran causales taxativas para la adopción y prórroga de la medida, pero al ser las medidas especiales preventivas de la toma, su fundamento está dirigido a ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa que se hubiere detectado y evitar en lo posible la liquidación de las EPS.

Así, es importante tener en cuenta que se deben analizar variables, condiciones, y factores que determinan: i) el nivel de salud de la comunidad de los territorios; ii) la heterogeneidad en las dinámicas del aseguramiento; iii) la concentración de la afiliación; iv) la oferta de servicios; v) la dependencia de los prestadores a dichas EPS; vi) las dinámicas del flujo de recursos y; vii) las necesidades de capital requerido para poder operar en el aseguramiento obligatorio en salud.

Estos elementos descriptivos presentados, evidencian la dificultad de la toma de decisiones por el nivel de riesgo sistémico que se pueda presentar (ver respuesta a la pregunta 1b), razón por la cual la Superintendencia utiliza sistemas de información que permitan contar con los elementos para actuar con la suficiente certeza.

Estos sistemas de información sirven como base para ejercicios en los que se generan escenarios bajo diferentes supuestos, que permiten comparar y entender los efectos que tiene el retiro de entidades en cada territorio. Lo anterior, busca un análisis a partir de la consolidación de información cuantitativa de la situación de las EPS. Así mismo, permite tener una visión general del comportamiento, convirtiéndose en un instrumento para la toma de decisiones. Adicionalmente, cabe anotar que este es un análisis no solo del cumplimiento de normas, tanto financieras como en salud, sino que a su vez refleja qué tan distantes están las entidades de poder cumplir o realizar una buena gestión del riesgo.

De otra parte, al momento de tomar decisiones la Superintendencia analiza la no superación de los hallazgos que dieron origen a la medida especial y a sus prórrogas,

y el incumplimiento de órdenes impartidas por esta entidad de inspección, vigilancia y control.

De conformidad con lo anterior, no es posible estandarizar o unificar el término para determinar la duración de la medida preventiva, toda vez que cada una de ellas debe atender a las condiciones particulares de las entidades vigiladas, según los criterios previamente expuestos.

- 5. Considerando que uno de los criterios principales para la revocatoria parcial de la habilitación es el estado y pago de cartera por parte de la EPS a la red prestadora, informe a corte 31 de agosto de 2020 cuál es el % del total de pagos que representan las EPS con medida de vigilancia y cuáles son las tres EPS que tiene mayores deudas, para esto es importante tener la relación de la reserva técnica en todos sus componentes, el valor de las cuentas de orden que respaldan la reserva técnica y el valor de las cuentas por pagar de lo NO PBS.**

Las reservas técnicas permiten determinar la capacidad que tienen las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud, para hacer frente a sus obligaciones actuales o eventuales contraídas en virtud de su actividad y se constituyen como fuente principal para atender el pago de las mismas. Las reservas técnicas son un pasivo constituido para reflejar el costo estimado de las obligaciones que han ocurrido y que no han sido pagadas. Bajo este concepto se incluyen las reservas técnicas de obligaciones conocidas y las reservas técnicas de obligaciones aún no conocidas.

Por lo tanto, las entidades de aseguramiento en salud, desde el momento en que conocen la obligación y hasta que se efectúa su pago, deben constituir y mantener la reserva. Las reservas técnicas de obligaciones pendientes se clasifican en: obligaciones liquidadas pendientes de pago y obligaciones conocidas en proceso de liquidación. En los dos casos es posible establecer una asignación directa entre los terceros que correspondan.

Por otro lado, se tienen las Reservas técnicas de obligaciones ocurridas aún no conocidas, (Incurred But Not Reported, IBNR) que procuran estimar las obligaciones que a la fecha de corte ya ocurrieron, pero no han sido informadas a la entidad. Los registros contables deben tener en cuenta esta realidad, aun cuando el valor que se determine no pueda ser asignable en forma directa a un evento conocido y relacionable a un tercero. Para su estimación existen distintas metodologías.

Según lo definido en el artículo 7 del Decreto 2702 de 2014, las entidades tienen la obligación de calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente las reservas

técnicas, y éstas deben acreditarse mediante el régimen de inversiones definido en el artículo 8 del mencionado Decreto.

Las inversiones deben ser activos representativos que respalden las reservas técnicas y deben cumplir con lo establecido en el artículo 8 del Decreto 2702 de 2014 con el fin de garantizar la seguridad, el rendimiento y la liquidez de estas inversiones.

A continuación, se presentan las reservas técnicas según el tipo de las EPS a junio de 2020.

Reservas técnicas por servicios de salud de las EPS según tipo de reserva Junio de 2020

Cifras en millones de pesos

EPS	Medida	Reservas liquidadas	Reservas no liquidadas	Servicios no conocidos	Admón SGSSS	Gastos	Proveedores IPS	TOTAL_SALUD
Medimas	Vigilancia especial	842,648	441,958	34,612	-	310,741	164,208	1,794,168
Cooameva	Vigilancia especial	850,748	100,306	18,713	-	-	309,696	1,279,463
ASMETS Salud	Vigilancia especial	756,254	144,937	25,352	-	834	43,511	970,889
Emsana r	Vigilancia especial	645,052	160,419	32,918	-	1,675	26,539	866,604
Comparta	Vigilancia especial	244,912	369,626	69,539	-	-	-	684,077
SOS	Vigilancia especial	128,733	85,353	6,276	-	61,663	138,513	420,540
AMBUQ	Vigilancia especial	231,214	88,942	23,901	-	24,013	4,145	372,214
Savia Salud	Vigilancia especial	-	-	1,005	362,248	-	-	363,253
Convida	Vigilancia especial	-	-	9,904	283,236	-	-	293,140
Capital Salud	Vigilancia especial	-	-	23,180	262,024	-	-	285,205
Comfamiliar Huila	Vigilancia especial	121,552	148,830	3,229	-	-	-	273,612
Comfamiliar Nariño	Vigilancia especial	28,237	-	4,234	-	26,600	146,556	205,627
Comfamiliar Cartagena	Vigilancia especial	144,911	18,985	12,654	-	158	2,456	179,164
Comfauundi	Vigilancia especial	61,373	16,695	12,230	-	40,845	32,222	163,365
Ecoopsos	Vigilancia especial	49,943	24,611	8,397	-	20,972	410	104,334
Comfamiliar Guajira	Vigilancia especial	2,303	48,551	2,135	-	-	-	52,989
ComfaSucre	Vigilancia especial	30,222	4,374	2,825	-	-	2,682	40,103
Dusakawi	Vigilancia especial	-	-	2,091	5,205	-	-	7,296
Capresoca	Vigilancia especial	-	-	-	1,709	-	-	1,709
ComfaChocó	Programa de recuperación	10,031	1,643	3,803	-	-	3,783	19,261
TOTAL		4,148,133	1,655,230	297,000	914,422	487,502	874,722	8,377,009

Fuente: SNS – Archivo FT001.

6. De las EPS que en la actualidad son objeto de Medida de Vigilancia Especial (información con corte a 31 de agosto de 2020 o 31 de julio de 2020, reportada a la Superintendencia Nacional de Salud), ¿Cuál es la que tiene más indicadores críticos y cuál es la que menos indicadores críticos presenta? En el mismo sentido, ¿Cuál es la que tiene más indicadores calificados como buenos por parte del ente de control y cuál la que menos? Es importante tener clara la calidad del indicador, es decir si es administrativo, técnico científico, financiero o de otra índole y la cantidad por cada EPS con su respectiva meta de medición.

La Superintendencia Nacional de Salud como parte del seguimiento que realiza a las entidades utiliza indicadores que son agregados en un solo indicador, el Indicador Global de Desempeño (IGD), lo que permite priorizar acciones de IVC a partir del análisis del desempeño de las EPS. Dado que es un indicador que permite ordenar y comparar entidades, la Superintendencia puede realizar un seguimiento más detallado

al desempeño de las EPS que son objeto de medida de vigilancia especial, aunque se aplique a todas las entidades.

El IGD es una herramienta para la priorización en la toma de decisiones al resumir la información en un indicador; es un indicador compuesto que permite examinar el desempeño de las EPS y determinar la capacidad de gestión en salud y financiera de la misma, analizando cuatro componentes: resultados de calidad en salud, resultados sobre atención al usuario (PQR), desempeño financiero, cumplimiento de las condiciones financieras.

Los indicadores de salud incluidos en el IGD son de morbilidad materna e infantil, protección específica y detección temprana (PEDT) y de oportunidad. El indicador en atención al usuario mide la insatisfacción de los usuarios con el servicio de la entidad y la gestión de PQR que son recibidas por la Supersalud. El indicador financiero se compone del desempeño financiero de la entidad medido a través del CAMEL y un indicador de días de mora de las cuentas por cobrar de las IPS a las EPS. El indicador de condiciones financieras mide la brecha entre el defecto de la entidad, en caso de tenerlo, de capital mínimo, patrimonio adecuado e inversiones de reservas técnicas y los requerimientos establecidos en el Decreto 2704 de 2014, 780 de 2016 y normativa posterior. Cada indicador es normalizado en una escala de 1 a 5, donde 5 representa el mejor y 1 el peor desempeño entre las entidades incluidas en el análisis; posteriormente se agregan los indicadores en un indicador compuesto a través de una suma ponderada por unos pesos previamente definidos de acuerdo con diferentes criterios como análisis estadísticos, evaluación de expertos, entre otros.

Aparte, se analizan otros dos indicadores auxiliares relacionados con el impacto sistémico que podría tener una medida impuesta a una EPS, a nivel de afiliados y de prestadores de servicios de salud.

De acuerdo con el resultado, se clasifican las entidades en tres grupos según su nivel de vulnerabilidad de acuerdo con el desempeño presentado, siendo el 1 el menos vulnerable y el 3 el más vulnerable. Las entidades que pertenecen al grupo 1 corresponden a las que se encuentran en el primer percentil 25, y el grupo 3 al percentil 25 con más bajo desempeño. A continuación, se presenta la clasificación de EPS que se encuentran bajo medida especial según el IGD calculado con información a mayo de 2020², información sometida a reserva según la Ley 1712 de 2014:

² Los indicadores de salud están calculados con información oficial de junio de 2019, que es la más reciente con la que se contaba en el momento del cálculo (junio de 2020).

Grupo 1	Asmet salud Capresoca	Coomeva Ecoopsos	Savia Salud
Grupo 2	Capital Salud ComfaChocó Comfacundi	ComfaNariño ComfaSucre ComfaHuila	Convida Emssanar SOS
Grupo 3	Ambuq ComfaCartagena	ComfaGuajira Comparta	Medimás

Nota: Las entidades en cada grupo están organizadas por orden alfabético. *INFORMACIÓN SOMETIDA A RESERVA*.

Por otro lado y específicamente en referencia a las EPS que se encuentran en medida especial, la Superintendencia Nacional de Salud desarrolló y adoptó mediante la Resolución No. 005917 de 2017 el Sistema de Gestión y Control de las Medidas Especiales - FENIX, plataforma en la cual se realiza el seguimiento y monitoreo de las EAPB sujetos a medidas especiales, mediante una batería de indicadores para el componente financiero, administrativo y técnico científico, que corresponden al Plan de Acción para la medida de especial. Del reporte se analiza el comportamiento de los indicadores sin entrar a comparar con las entidades que están sujetas a medidas especiales, el análisis se hace de acuerdo con la metodología establecida en la entidad de inspección, vigilancia y control. En el siguiente link se puede encontrar mayor detalle: <https://fenix.supersalud.gov.co/Consultas?nit=&tipoMedida=97687a20-3bc5-4f31-821d-f45bcf97f723&Estado=>

7. ¿Cuál es el criterio que usa la Superintendencia Nacional de Salud para determinar el número de indicadores de seguimiento a establecer en una medida de vigilancia (seguimiento Fénix)? ¿Son los mismos para todas las EPS en medida y también su metodología de cálculo?

El seguimiento a las entidades que se encuentran inmersas bajo algún tipo de medida especial se establece de acuerdo con la evaluación de las causales que dieron origen a cada medida y que, en consecuencia, afectaron la calidad en la prestación de servicios de salud de sus afiliados, este proceso se basa principalmente en garantizar el seguimiento al sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, según lo definido por el Decreto 780 de 2016; para tal fin el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido a través de la Resolución 256 de 2016 los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud; además de la evaluación a estos indicadores, el seguimiento de las medidas incluye la evaluación de lo establecido en la Resolución 1552 de 2013 que reglamenta los artículos 123 y 124 del Decreto Ley 019 de 2012, frente a la asignación de citas de medicina general y especializada y los respectivos reportes a esta Superintendencia, además del seguimiento a lo establecido en la Resolución 1604 de 2013 por medio de la cual se establece el mecanismo excepcional para la entrega de medicamentos.

En este sentido, la batería de indicadores que se establece para cada una de las entidades que se encuentran bajo medida especial se fundamenta en parámetros ya establecidos en la normatividad vigente y varían en cantidad de acuerdo con los hallazgos de cada medida, la caracterización de los afiliados y los determinantes sociales de cada territorio.

La metodología para el cálculo de los indicadores se encuentra definida en las fichas técnicas de la Resolución 256 de 2016, documentos de referencia definidos por el Ministerio de Salud y la Resolución No. 005917 de 2017, por medio de la cual se adoptó el Sistema de Gestión y Control de las Medidas Especiales - FENIX desarrollado por la Superintendencia Nacional de Salud para realizar el seguimiento y monitoreo de las EAPB sujetos a medidas especiales, por lo tanto, es la misma para todas las EAPB en medida.

Como complemento de lo anterior, es importante tener en cuenta lo señalado en la pregunta 4 del presente documento frente al análisis de las variables en el comportamiento de los indicadores al momento de la toma de decisiones en cuanto a la adopción, prórroga y levantamiento de la medida especial.

8. ¿Cuál es el procedimiento de evaluación que realiza la Superintendencia Nacional de Salud para el cierre de las PQRS que son reportadas a este organismo, a todas las EPS se les aplica la misma medición o existen diferencias entre algunas, ahora bien, en caso de existir, favor justifique las diferencias y cuáles son las EPS que presentan estas diferencias?

Mediante la Circular Externa 047 de 2007 modificada por la Circular 008 de 2018, se impartieron instrucciones a todas las EAPB en relación con el trámite de las PQRD que les presenten sus afiliados.

En este sentido, todas las EAPB tienen el deber de dar cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 3.3.2 del Título VII de la citada circular en la cual se establece que las peticiones de los usuarios relacionadas con el acceso, oportunidad y calidad a los servicios de salud trasladadas al vigilado por la Superintendencia, se deben resolver de fondo en un término máximo de 5 días a partir de la fecha de radicación y que, las PQRD que involucren riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas, y otras que, según criterio institucional, con base en la vulnerabilidad de la población o del impacto que se cause en el SGSSS o el sector, tengan la marcación “Riesgo de vida” serán de inmediato cumplimiento y no podrán superar el término máximo de 2 días hábiles desde el traslado para su solución, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del paciente requiera.

La Superintendencia Nacional de Salud dispone de canales de atención presenciales en territorio, así como de tipo no presencial, telefónico y virtuales, que permiten la recepción de las PQRD de los usuarios del SGSSS, así mismo se cuenta con un

software dedicado a la radicación, gestión y cierre de los peticiones, queja, reclamos y denuncias; por este medio electrónico se da traslado, en línea, de las PQRD a las entidades encargadas del aseguramiento, a saber Entidades Prestadoras de Servicios de Salud o Administradoras de Planes de Beneficios en Salud, quienes tienen a su cargo dar solución completa y oportuna al usuario, en los términos descritos en la Circular Única.

Ahora bien, en caso de presentarse cierres incompletos o sin solución de fondo por parte de las entidades vigiladas, esta Superintendencia puede abrir nuevamente las PQRD por medio del sistema de información y de nuevo traslada a los vigilados para que se realice la gestión pertinente y lograr así un cierre efectivo, es decir la prestación adecuada del servicio de salud al que tienen derecho los afiliados.

El sistema de información utilizado es una herramienta web, con alta disponibilidad y accesibilidad por parte de las entidades vigiladas (EAPB y entidades territoriales), quienes reciben apoyo técnico y funcional por parte de esta Superintendencia, mediante capacitaciones tanto en la puesta en marcha del sistema, así como refuerzos periódicos cuando lo requieren.

En suma, se aplica la misma normativa para la radicación, gestión y cierre de PQRD radicadas contra todas las EAPB ante la Superintendencia Nacional de Salud, así como el mismo y único aplicativo para el efecto, sin que haya diferenciaciones entre EAPB, el mismo sistema de gestión y procedimiento aplica de manera homogénea para todas.

9. ¿Qué diferencia existe entre los indicadores para las entidades con medida de vigilancia especial y para las que no se encuentran bajo medida? Y en valores absolutos cuantos son por cada EPS, cuál es su periodicidad, cual fue el último valor reportado y como se clasifican en cumplimiento de estos.

Sobre todas las entidades, independientemente que tengan medida preventiva de vigilancia especial o no, la Superintendencia Nacional de Salud ejerce sus funciones de inspección, vigilancia y control mediante la evaluación y análisis de la operación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud, desde las Superintendencias Delegadas para la Supervisión Institucional, Supervisión de Riesgos, y para la Protección al Usuario. Para el seguimiento de las entidades vigiladas se realizan evaluaciones cualitativas y cuantitativas, a través de análisis documentales, visitas a las EPS, seguimiento de indicadores, entre otras, en aplicación a la normativa vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por ejemplo, como se menciona en la respuesta a la pregunta 6, el IGD se calcula para todas las EPS. Igualmente, en el marco del Decreto 780 de 2016, en lo concerniente a los indicadores de condiciones financieras y de solvencia, no existe diferencia en la medición y seguimiento de las Entidades Promotoras de Salud que se encuentran con

medida de vigilancia especial y las que no se encuentran en este tipo de medida, teniendo en cuenta, que dichas condiciones aplican para la habilitación y permanencia de las EPS en el SGSSS. En el contexto anterior, se adjunta en archivo PDF el informe preliminar de evaluación del cumplimiento de los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado y de régimen de inversiones con corte a la vigencia 2019, Anexo 1 ubicado en la Carpeta Pregunta 9. Este informe también se encuentra publicado en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud en el siguiente enlace:

<https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Delegada%20Supervision%20de%20Riesgos/informacion-financiera-EPS-EMP-SAP-regimenes-de-excepcion-y-especiales.aspx>

Adicionalmente, a las entidades vigiladas bajo medida especial, como se menciona en la respuesta de la pregunta 7, se les realiza un seguimiento adicional que tiene como origen los hallazgos por lo que se impone la medida, lo cual se refleja en un seguimiento puntual sobre falencias encontradas en la entidad vigilada que pueden repercutir en el aseguramiento y la prestación del servicio. De forma periódica se realiza el seguimiento y monitoreo a la medida especial adoptada mediante el análisis del comportamiento de los indicadores establecidos encaminados a superar los hallazgos que motivaron la adopción de la medida.

Como consecuencia de dicho seguimiento se obtienen insumos técnicos, financieros, jurídicos y administrativos que son presentados ante el Comité de Medidas Especiales, instancia técnica que analiza y recomienda al Superintendente la adopción de decisiones razonables como prórroga, cambio o levantamiento de la medida orientados a la protección del derecho a la salud de los usuarios, la debida destinación de los recursos del sistema y la minimización de los riesgos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Frente a los indicadores establecidos para las entidades bajo medidas especiales, el reporte de los mismos se realiza de forma mensual en el Sistema de Gestión y Control de las Medidas Especiales - FENIX.

10. ¿Cómo se estructura y como se calcula cada uno de los indicadores FENIX de las EPS que cuentan con medida de vigilancia especial?

El nombre del indicador, la definición operacional y la forma de calcularlos frente al componente de prestación de servicios se encuentra definidas en las fichas técnicas de la Resolución 256 de 2016, por medio de la cual se definen los indicadores de calidad en salud.

Frente al componente financiero, se determinó un listado de indicadores necesarios para adelantar el seguimiento y monitoreo a las medidas especiales adoptadas por la Superintendencia Nacional de Salud y que permiten medir el comportamiento financiero de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios; así como la

gestión adelantada por los administradores para dar cumplimiento a los parámetros y términos normativos orientados a la eficiencia en la utilización de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ahora bien, resulta pertinente indicar que el seguimiento y monitoreo de las medidas especiales adoptadas por la Supersalud que adelanta la Delegada para las Medidas Especiales, no se limita únicamente a la interpretación del resultado, si no que hace un análisis apoyado en los conceptos emitidos por las Delegadas para la Supervisión de Riesgos, Institucional y Protección al Usuario, así como los informes de seguimiento emitidos por el Contralor designado para el seguimiento a la medida especial e informes de entes de control, según el caso.

11. ¿Cuál fue la evaluación realizada por la Superintendencia Nacional de Salud respecto a las EPS que presentaron planes de reorganización institucional y se les concedió el periodo de gracia de tres años? ¿Cuáles fueron esas EPS? ¿Por qué a esas EPS no se les impuso una medida de vigilancia especial?

En primer lugar, se debe resaltar que la figura de los Planes de Reorganización Institucional fue introducida al ordenamiento jurídico colombiano mediante el Decreto 2353 de 2015, posteriormente modificado por el artículo 1° del Decreto 2117 de 2016 y adicionado por el artículo 1 del Decreto 718 de 2017, y hoy compilados en el Decreto 780 de 2016, sin que dentro de ella se establezca ningún “período de gracia” para su estudio, así como tampoco para su aprobación o ejecución.

Igualmente, en el Libro 2, Parte 5, Título 2, Capítulo 2, Sección 1 del Decreto 780 de 2016, modificado por el Decreto 2117 de 2016, se establecen las condiciones financieras y de solvencia que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud.

En consonancia con lo anterior, se hizo necesario introducir igualmente algunas modificaciones a la Circular 047 de 2007 de la Superintendencia Nacional de Salud, que estuvieran acordes a lo establecido por medio de la Circular 008 de 18 de abril de 2016, posteriormente sustituida por la Circular 00005 de 2017 y modificada por la Circular 00006 de 2017, para lo cual se dispuso la modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Única 047 de 2007, adicionado por la Circular 065 de 2010, en lo que respecta a escisión y fusión de EPS.

De igual forma, la circular antes mencionada en sus numerales 1.3.1 y 1.3.2 para escisión; 2.3.1 y 2.3.2 para fusión y 3.2.1 y 3.2.3 para creación de nueva entidad, lista los requisitos generales y específicos que deben ser presentados por el Representante Legal o Representantes Legales de las Entidades involucradas en el Plan de Reorganización solicitado.

De acuerdo con lo anterior, la evaluación que se realiza a estas solicitudes se da sobre la información aportada por la entidad conforme los lineamientos y requisitos establecidos en la Circular 0005 de 2017, con el fin de determinar la procedencia o no de la solicitud, en todo caso, sin otorgar periodo de gracia alguno.

De otra parte, a continuación, se relacionan la totalidad de las EPS que han presentado solicitudes de autorización de un Plan de Reorganización Institucional desde el año 2016, así:

Plan de Reorganización Institucional		
Entidad	Estado	Acto administrativo
Cafesalud- Medimás	Aprobado	Resolución 2426 de 2017
Emssanar	Aprobado	Resolución 5256 de 2017
Ecoopsos	Aprobado	Resolución 6200 de 2017
Coosalud	Aprobado	Resolución 2427 de 2017
Asmet Salud	Aprobado	Resolución 127 de 2018
Emdisalud	Negativo	Resolución 10922 de 2018
Saludvida	Negativo	Resolución 11230 de 2018
Ambuq	Negativo	Resolución 4136 de 2018
EPS Familiar de Colombia (Comfasucre, Caja de Compensación Familiar del Huila, Caja de Compensación Familiar Cartagena y Bolívar)	Negativo	Resolución 10349 del 2018
Saludvida	Negativo	Resolución 8909 de 2019
Comfanariño	Negativo	Resolución 6481 de 2019
Cajacopi	Negativo	Resolución 6215 de 2019
Comfaguajira	Desistimiento	1-2018-129504
Mutual Ser	Desistimiento	1-2018-066080
Comfenalco Valle	Desistimiento	1-2017-190211
Comfacundi	Negativo	Resolución 9999 de 2019
Comparta	Negativo	Resolución 012432 de 2020
Ambuq	Negativo	Resolución 8924 de 2020
Comfanariño	Negativo	Resolución 087 de 2020
EPS Familiar de Colombia	Negativo	Resolución 9592 de 2019

De acuerdo con lo informado en la tabla anterior, de las 20 solicitudes, solo se han aprobado 5, debiéndose indicar que las EPS Medimás EPS S.A, Ecoopsos EPS S.A.S, Asmet EPS S.A.S y Emssanar EPS S.A.S actualmente se encuentran en medida de vigilancia especial ordenada por esta Superintendencia, en cumplimiento de las competencias y funciones atribuidas en el Decreto 2462 de 2013 y haciendo uso de sus atribuciones legales y reglamentarias.

12. ¿Considera que con las medidas de intervención o de revocatorias parciales o totales ha mejorado la prestación del servicio de esos grupos poblacionales, tales como: enfermedades de alto costo? ¿Tiene estudios sobre el impacto positivo o negativo de las revocatorias parciales y liquidaciones de las EPS?

Es preciso resaltar que las acciones de control tales como medidas de intervención, o revocatorias parciales o totales, surgen de un análisis exhaustivo de la información disponible y de los resultados de otras acciones de inspección y, por tanto, las decisiones tomadas son con el fin de que los afiliados al SGSSS tengan una mejor calidad del servicio en salud.

Adicionalmente, la Superintendencia adelantó un estudio con el Centro Nacional de Consultoría, en el que se llevaron a cabo 1.204 encuestas y 6 entrevistas a usuarios de EPS en liquidación y en revocatoria parcial (Comfacor, Cruz Blanca, Emdisalud,

Medimás, Comparta y Coomeva), donde se evidencia una satisfacción por parte de los usuarios frente al traslado, ya que perciben un menor riesgo de mala prestación del servicio al estar en la EPS receptora, mejorías en la calidad y el acceso del servicio de salud (ver comunicado en <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/90-porciento-de-usuarios-consultados-dicen-que-les-mejora-la-atencion-al-ser-trasladados-de-eps>).

Por otra parte, se destaca que las EPS receptoras han cerrado casi en su totalidad las PQRD de forma satisfactoria de los afiliados trasladados debido a revocatorias parciales o totales y/o liquidaciones entre el 2019 y el 2020 (7 EPS han sido liquidadas y 3 EPS han sido objeto de revocatoria parcial de su habilitación). Se tiene que 30.532 afiliados generaron una PQRD contra su receptora, esto es el 1,04% de usuarios, ahora bien, de estas PQRD, el 99% fueron resueltas satisfactoriamente y, por ende, se encuentran cerradas a la fecha, y el 1% restante está en gestión:

Tabla Gestión PQRD afiliados trasladados - EPS receptoras

EPS RECEPTORA	USUARIOS TRASLADADOS	PQRD CERRADAS	PQRD ABIERTAS	TOTAL PQRD	% DE CIERRE DE PQRD
NUEVA EPS	968.011	8.034	125	8.159	98%
COOSALUD	402.029	3.887	143	4.030	96%
CCF ATLÁNTICO "CAJACOPI"	279.347	33.315	6	33.321	100%
SALUD TOTAL	189.875	3.025	7	3.032	100%
FAMISANAR	166.765	2.651	2	2.653	100%
MUTUAL SER	376.104	2.168	21	2.189	99%
SANITAS	200.336	2.107	20	2.127	99%
EPS SURA	113.930	2.007	8	2.015	100%
COMPENSAR	76.754	1.815	17	1.832	99%
AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)	45.047	401	1	402	100%
CCF ORIENTE "COMFAORIENTE"	33.689	223	0	223	100%
ALIANSALUD	13.621	198	0	198	100%
COMFENALCO VALLE	4.877	148	6	154	96%
CCF DE LA GUAJIRA	15.668	64	0	64	100%
MALLAMAS (EPS-I)	8.014	49	0	49	100%
FUNDACIÓN SALUD MIA	5.421	24	0	24	100%
CCF DE NARIÑO	601	22	0	22	100%
EMSSANAR	6.042	12	0	12	100%
ANAS WAYUU (EPS-I)	4.057	5	0	5	100%
TOTAL	2.910.188	30.176	356	30.532	99%

13. La toma de estas decisiones afecta directamente el estado de la cartera de las instituciones prestadoras de servicios de salud, ¿Qué medidas se han tomado para mitigar estos riesgos?

Las Entidades Promotoras de Salud a las cuales se ha ordenado la revocatoria de autorización de funcionamiento deben presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud un cronograma a ser ejecutado por la entidad que contenga las actividades para conciliar, depurar y pagar la cartera con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas y proveedores de servicios y tecnologías en salud por las obligaciones generadas por la prestación de servicios de salud a sus afiliados a la fecha de la adopción de la medida, la deuda reconocida producto del proceso de conciliación y depuración debe ser reportado a la Superintendencia, como también el reporte de pago de las obligaciones.

Ahora bien, el artículo 9 de la Ley 1797 de 2016, establece la obligatoriedad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo de adelantar de manera permanente el proceso de depuración y conciliación de cuentas por pagar y cuentas por cobrar entre ellas, así como efectuar el respectivo saneamiento contable.

Es por ello, que a través de los reportes de información realizados por las EPS, se observan los elementos relacionados con el flujo de recursos y reconocimiento de acreencias, mediante Circular Externa 016 de 2016, Circular Conjunta 030 de 2013 y Circular 011 de 2020, así como los procesos permanentes de las gestiones administrativas para depurar las cuentas por pagar, cuentas por cobrar, consignaciones pendientes por identificar, glosas y convenios sin liquidar que correspondan al pago de servicios de salud, en los estados financieros como en los demás reportes contables y de cartera obligados a presentar, de tal forma que estos sean confiables y razonables.

En los casos de intervención forzosa para administrar un ramo o programa, así como para las entidades en vigilancia especial, el proceso de gestión de cartera desde las IPS, además de las acciones que corresponden a cada IPS, cuenta de manera permanente con los escenarios institucionales desde esta Superintendencia que se relacionan con las mesas técnicas de flujo de recursos y con la función conciliatoria desde la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

La Superintendencia Nacional de Salud ha venido realizando mesas Técnicas de Flujo de Recursos (MTRF) entre Entidades Responsables de Pago y Prestadores de Servicios de Salud públicos. En este contexto, reconociendo las principales problemáticas que obstruyen el flujo de recursos entre actores del SGSSS, las MTRF, moderadas por un funcionario de la Superintendencia Nacional de Salud, abarcan principalmente cuatro puntos que mejoran significativamente la relación entre las partes y la eficiencia en el proceso:

1. **Contratación:** Consiste en revisar la existencia de acuerdos de voluntades entre las partes para la atención en salud de la población beneficiaria en cumplimiento de lo establecido por el Decreto 4747 de 2007, compilado dentro del Decreto 780 de 2016,

Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. El resultado esperado es generar compromisos que permitan luego la negociación, suscripción, actualización y/o liquidación de los convenios, cuyas reglas de negocio redunden en formas claras y ágiles para la prestación de los servicios y la economía.

2. Prácticas de trámite inadecuadas en el proceso: Consiste en manifestar y discutir la probable ocurrencia de prácticas inadecuadas relacionadas con el flujo de recursos en el marco de lo establecido en la Circular Externa 016 de 2015 de esta Superintendencia e informar sobre el debido proceso para presentarlo a conocimiento, junto con hechos y pruebas, ante las Direcciones Territoriales de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud para los fines pertinentes. El resultado esperado es que las partes concuerden gestionar acciones que impidan las barreras para el flujo de recursos, principalmente en el reconocimiento oportuno de las obligaciones.
3. Radicación y Giro Directo: Consiste en verificar con las partes, si aplica y respecto de lo reportado por las mismas y por la ADRES, el cumplimiento de lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la ley 1122 de 2007 con el objetivo que el pagador se comprometa en el corto plazo a mejorar el indicador de cumplimiento si presenta deficiencias o a mantenerlo en el caso de observarse que se sujeta a lo normado. De igual manera se socializa el debido proceso para interponer petición con hechos y pruebas en el caso de manifestarse un incumplimiento de lo establecido en la ley.
4. Cartera: Consiste en validar la cartera total y la cartera libre para pago en los registros de las partes y discutir sobre la mesa las causas de las diferencias que se observen. Para la cartera libre para pago, las partes realizan acuerdos de pago independientes al cumplimiento de los parámetros de pago establecidos por la ley, sustentados en propuestas y contrapropuestas presentados por los actores, de lo cual se espera una concertación que beneficie a ambos actores. Para la cartera en trámite, se establecen acuerdos específicos para conciliación de glosas y de cuentas, con el compromiso de generar un nuevo acuerdo de pago sobre los conciliado entre las partes.

Por otra parte, como se mencionó en la respuesta a la pregunta 1b, ex ante y para tener un panorama más completo de posibles efectos de las decisiones sobre revocatoria de autorización de funcionamiento, se analiza el riesgo sistémico que incluye la alta dependencia de algunos PSS con EPS específicas y las altas cuentas por cobrar a la EPS que no pueden ser saldadas en el proceso de liquidación y que sean representativas en su activo. El Indicador Global de Desempeño incluye dos indicadores auxiliares con los que se analiza el riesgo sistémico que la entidad pueda tener frente a los afiliados y frente a prestadores de servicios de salud, midiendo la cuentas por cobrar que la EPS tiene con cada uno de los prestadores las cuales son comparadas con el activo de los prestadores.

14. ¿Las revocatorias totales o parciales de EPS han tenido impacto positivo o negativo frente a la gestión de cartera de IPS públicas y privadas en las regiones donde se han surtido esos procesos?

La Superintendencia Nacional de Salud viene realizando mesas técnicas de flujo de recursos (MFTR) entre Entidades Responsables de Pago y Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados, con la finalidad de coadyuvar a la aclaración y solución de pendientes operativos en la relación entre estos actores, que permitan optimizar la eficiencia del flujo de recursos económicos, así como fortalecer la relación entre prestadores y pagadores.

Estas mesas se desarrollan en el marco de las funciones de esta Superintendencia, particularmente las establecidas en los numerales 1 al 5 del artículo 1 del Decreto 1765 de 2019 y en los numerales 1, 7 y 10, del artículo 15 y los numerales 1, 8 y 14 del artículo 16 del Decreto 2462 de 2014. Las mesas técnicas de flujo de recursos son un mecanismo para la solución previa al surgimiento de controversias que desemboquen inevitablemente en el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación de esta Superintendencia o de otros mecanismos para la solución de las mismas, como demandas y procesos judiciales, minimizando el riesgo de liquidez y operativo de las IPS.

Las MTRF procuran aportar un escenario objetivo y neutro para la discusión entre las partes, en modalidad presencial o virtual, con la finalidad de dar cobertura a un mayor número de entidades prestadoras y pagadoras. Entre el 7 de agosto de 2018 y el 15 de octubre de 2020, se han logrado acuerdos de pago entre las entidades por valor de \$1,0 billón, con un cumplimiento del 95%, sin olvidar que en todo caso los prestadores objeto de las medidas de revocatoria mantienen su obligación de cancelar sus obligaciones con los proveedores de servicios de salud y los administrativos.

Adicionalmente, a través de las jornadas de conciliación extrajudicial en derecho realizadas por la Superintendencia, en el mismo periodo se han acordado pagos por cerca de \$700 mil millones.

15. ¿Cuál es el estado de cartera de las IPS públicas y privadas en relación con las EPS intervenidas o liquidadas entre los años 2014 a 2019? ¿Ha habido recuperación de cartera o se ha tenido que castigar?

A continuación, se presentan las cifras de cuentas por cobrar de las IPS a las EPS desde la vigencia de 2017, a partir de la información reportada a la Supersalud y al Ministerio de Salud y Protección Social. Esta información se encuentra pública en los informes de cartera que pueden ser consultados en “Estudios Sectoriales” disponibles en el enlace <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>.

**Cuentas por cobrar de las IPS a las EPS
2017-2020
Cifras en millones de pesos**

Medida	EPS	2017 Diciembre		2018 Diciembre		2019 Diciembre		2020 Junio	
		Cuentas por cobrar	Deterioro	Cuentas por cobrar	Deterioro	Cuentas por cobrar	Deterioro	Cuentas por cobrar	Deterioro
Liquidación forzosa	Cafesalud	-	-	-	-	1,385,948	477,220	1,234,469	405,716
	Comfacor	-	-	-	-	315,038	76,143	266,880	46,255
	Cruz Blanca	-	-	-	-	288,036	113,310	247,570	116,473
	Emdisalud	-	-	-	-	502,899	47,801	439,012	35,818
	Manexka	37,732	5,524	32,666	9,707	31,152	10,171	34,827	9,560
	Saludcoop	1,193,870	491,527	840,953	431,650	689,831	346,446	576,536	256,688
	Saludvida	-	-	-	-	926,143	136,784	866,635	145,747
subtotal	1,231,603	497,051	873,619	441,357	4,139,048	1,207,875	3,665,929	1,016,258	
Liquidación voluntaria	Cafaba	11,614	735	-	-	-	-	-	-
	Cafesalud	2,541,320	351,968	1,892,545	446,202	-	-	-	-
	Caprecom	-	-	-	-	-	-	-	-
	Comfaboy*	41,500	1,467	23,919	2,647	17,486	2,030	14,610	2,379
	Comfama	74,712	54	86,669	638	-	-	-	-
	Comfenalco Tolima	3,663	298	-	-	-	-	-	-
	Multimédicas	2,283	764	860	219	942	136	637	111
	subtotal	2,675,092	355,286	2,003,992	449,706	18,428	2,166	15,247	2,490
Liquidada	Cafaba	-	-	10,477	2,170	9,942	2,139	9,756	2,228
	Cafam*	10,044	199	12,829	398	16,342	209	13,085	331
	CAJASAN*	701	5	877	2	592	1	324	1
	Caprecom	866,496	107,492	438,866	75,572	230,444	34,655	214,405	30,606
	Colsubsidio*	4,418	41	4,403	389	7,164	168	5,812	181
	Comfama*	-	-	-	-	92,215	241	78,562	325
	Comfamiliar CAMACOL	2,497	1,751	2,038	1,733	2,067	1,672	316	2
	Comfanorte	820	6	1,733	3	1,776	5	1,842	2
	Comfenalco Antioquia	7,308	1,812	3,588	343	6,049	646	2,317	286
	Comfenalco Quindío	888	38	1,388	4	3,257	11	7,820	12
	Comfenalco Santander*	2,142	1	4,032	1	30	1	15	-
	Comfenalco Tolima	-	-	2,927	155	1,122	32	1,170	33
	Cóndor	47,551	9,379	24,974	3,489	20,394	1,197	20,102	931
	Golden	20,284	9,900	17,845	10,564	13,341	7,795	12,811	7,746
	Humanavivir	52,654	17,808	40,257	13,040	33,870	12,801	28,260	12,999
	Red Salud	1,746	121	1,400	194	1,471	206	1,105	148
	Salud Colombia	2,409	271	1,279	122	1,393	117	670	103
	Selvasalud	56,881	12,191	34,454	10,285	22,898	2,617	20,232	2,687
	Solsalud	91,212	18,016	70,708	16,436	55,052	13,352	49,782	10,454
	subtotal	1,168,051	179,032	674,075	134,899	519,420	77,866	468,384	69,074
	Total general	5,074,745	1,031,369	3,551,686	1,025,962	4,676,896	1,287,907	4,149,559	1,087,821

Fuente: SNS – Archivo FT003, Minsalud – SIHO.

Por otra parte, cabe mencionar que una buena práctica contable y financiera por parte de las entidades vigiladas debe ser el reconocimiento de todos los activos y pasivos, seguido por la evaluación del deterioro de la cartera. Realizar la provisión y castigo de las cuentas de difícil recaudo debe ser un proceso definido y documentado, que permita determinar la pérdida y descontar dicho valor de las cuentas por cobrar de la entidad.

16. En el marco del Decreto 780 de 2017, ¿qué tipo de medidas ha tomado la superintendencia para vigilar de manera objetiva a las EPS del país, dado que actualmente el sistema permite la flexibilización de condiciones y evaluación subjetiva de la misma, (condiciones expresadas por las EPS en los planes de reorganización y/o ajuste financiero), generando un desequilibrio en la motivación de la toma de las decisiones de la Superintendencia impactando negativamente algunas EPS del país?

En primer lugar, se debe precisar que las funciones de inspección, vigilancia y control que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud se encuentran descritas en el artículo 35 de la Ley 1122 de 2007, el cual dispone:

“ARTÍCULO 35. DEFINICIONES. Para efectos del presente capítulo de la ley, se adoptan las siguientes definiciones:

A. Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

B. Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.

C. Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.”

En ese orden, el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encabezado por esta Superintendencia, contiene reglas objetivas que deben cumplirse a cabalidad por parte de los sujetos vigilados, so pena de la imposición de sanciones.

En materia de Planes de Reorganización Institucional (PRI) y de Planes de Ajuste Financiero, es necesario advertir que las funciones de IVC no se encuentran supeditadas al estudio de solicitudes de aprobación del PRI y de modificaciones a las condiciones, plazos y tratamiento financiero por parte de las EPS³. Estas son figuras dirigidas a facilitar que las EPS que consideran que requieran de un fortalecimiento patrimonial para cumplir condiciones financieras, se acojan a ello, previa verificación de requisitos normativos, pero que no se traduce de ninguna forma en algún tipo de desequilibrio en la toma de decisiones por parte de esta Superintendencia.

Por otra parte, la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de las competencias institucionales que ejerce para proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, realiza inspección y vigilancia sobre todas las PQRD radicadas por los usuarios contra las EPS a las que se encuentran afiliados; de manera que todas y cada una de las citadas PQRD, constituyen insumo para la aplicación de la Metodología de Evaluación de Desempeño de las EPS en Atención al Usuario, la cual se aplica trimestralmente y cuyos resultados cuantificables permiten

³ Artículo 2.5.2.2.1.17 Decreto 780 de 2016.

definir la acción de inspección, vigilancia o control a seguir, las acciones aplicables pueden ser:

Resultado	Acción
1	Traslado a la Delegada de Procesos Administrativos con fines sancionatorios
2	Plan de Mejoramiento
3	Requerimiento de información
4	Seguimiento

Aunado a lo anterior, esta Superintendencia realiza visitas inspectivas⁴ a las oficinas de atención al ciudadano de las EAPB del Régimen Contributivo, Subsidiado, Especial e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con el objeto de verificar el sistema de información al usuario, accesibilidad, mecanismos de atención preferencial, sistemas de asignación de turnos, canales de atención y herramientas tecnológicas “in situ” de conformidad con lo establecido en el Título VII. Numeral 3. Sistema de Atención al Usuario, Oficinas de Atención al Usuario, multicanales, peticiones, quejas, reclamos y denuncias de la Circular Externa No. 08 de 2018; en la Norma Técnica Colombia 6047 de 2013, accesibilidad al medio físico, espacios del servicio al ciudadano y en la Ley 1955 de 2013, por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto por Colombia, pacto por la equidad. Art.3. Pacto 13. Por la inclusión de todas las personas con discapacidad.

17. ¿Por qué en el último informe de la Superintendencia Nacional de Salud, referente a los indicadores financieros no se evidencia información correspondiente a Nueva EPS y Coosalud a pesar del cumplimiento de los plazos otorgados en los diferentes planes de reorganización o excepciones en el caso de Nueva EPS?

Respecto de los resultados de los indicadores de la EPS COOSALUD S.A., se resalta que para la fecha de publicación del “INFORME PRELIMINAR DE EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE CAPITAL MÍNIMO Y PATRIMONIO ADECUADO. VIGENCIA 2019”, la información financiera proporcionada por la EPS en sus estados financieros se encontraba en proceso de análisis y verificación por parte de esta Superintendencia, en relación con el reconocimiento de los costos asociados a la prestación de servicios de salud. En este sentido, los resultados de la vigencia 2019 de las condiciones financieras y de solvencia de la EPS COOSALUD S.A. se mostrarán en la siguiente publicación que esta Superintendencia realice a través de su página web.

⁴ Resolución 1215 de 2015: Manual de Auditorías y Visitas de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones, Procedimiento AIPD03

En relación con los resultados de NUEVA EPS S.A., se resalta que en la fecha de publicación del “INFORME PRELIMINAR DE EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL RÉGIMEN DE INVERSIÓN DE LAS RESERVAS TÉCNICAS - VIGENCIA 2019”, la información reportada por la entidad con corte diciembre de 2019 se encontraba en proceso de análisis y verificación por parte de esta Superintendencia. En este sentido, los resultados de dicho indicador se mostrarán en la siguiente publicación que esta Superintendencia realice a través de su página web.

18. Explique, ¿Por qué la Superintendencia Nacional de Salud en los casos de Cafesalud en el 2015, de Nueva EPS 2018 y Coosalud 2017, omitió en las resoluciones el análisis técnico y financiero para el aumento de capacidad de afiliación o la asignación de nuevos usuarios omitió el análisis técnico para la ampliación de la capacidad de afiliación de esas EPS en la emisión de la resolución?

Teniendo en cuenta que no hay claridad frente a las resoluciones de los casos referidos, en la respuesta se hará alusión a las resoluciones emitidas por esta Superintendencia en los mencionados años para cada una de las entidades indicadas, en relación con aumento de la capacidad autorizada:

Nueva EPS:

De acuerdo con la vigencia indicada en este punto para Nueva EPS (año 2018), en ese año se expidió por parte de la Superintendencia Nacional de Salud la Resolución 8684 del 18 de julio de 2018, modificada por la Resolución 0135 de 2019, a través de la cual se actualizó el Certificado de Funcionamiento como Entidad Promotora de Salud para la operación del Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y en esta se fija la capacidad de afiliación.

Es importante aclarar que el fundamento del mencionado acto administrativo se realizó siguiendo los lineamientos definidos en el artículo 2.5.2.3.2.7 del Decreto 682 de 2018 que sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, así:

*“El acto administrativo de actualización especificará: i) el código para efectos de identificación, ii) **el ámbito territorial donde se autoriza a la entidad para la operación del aseguramiento en salud**, y iii) los regímenes de afiliación en los que se encuentra autorizada para operar.*

*Para efectos del ámbito territorial de la autorización, **se tendrán en cuenta los departamentos y municipios donde la EPS disponga de afiliados y se encuentre operando de acuerdo con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) en el corte del mes inmediatamente anterior a la fecha de actualización del certificado. La Superintendencia Nacional de Salud podrá ampliar el alcance territorial del certificado de autorización, en los departamentos donde tenga***

presencia la entidad y garantizando en todo caso un debido proceso". (Negrita fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, la modificación de capacidad de afiliación se realizó a partir del análisis efectuado con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con corte último disponible al momento de realizar el análisis, siguiendo siempre lo dispuesto para tal fin por la norma antes referida.

Coosalud:

Para este caso, la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Resolución 2427 de 2017, por medio de la cual se aprobó el Plan de Reorganización Institucional consistente en la Escisión del programa de la Entidad Promotora de Salud a favor de la sociedad COOSALUD EPS S.A.

En el artículo segundo de la mencionada resolución se aprobó, entre otros, la cesión total de los afiliados y de la habilitación como Entidad Promotora de Salud, la cual incluye la capacidad de afiliación asignada previamente a la Cooperativa de Desarrollo Integral Coosalud.

Así las cosas, se aclara que la aprobación del Plan de Reorganización Institucional a favor de COOSALUD EPS S.A. no modificó la capacidad autorizada establecida para la entidad escidente.

Cafesalud:

Para el caso de CAFESALUD, para la vigencia 2015, la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Resolución 2379 de 2015, por medio de la cual se autorizó la ampliación de capacidad de afiliación para dicha entidad, soportada en el Concepto Técnico que incluye el análisis técnico y financiero fundamento para emitir dicho acto administrativo.

19. En marzo del 2020 la Superintendencia Nacional de Salud tomó la decisión de levantar la restricción de afiliación a catorce EPS que se encontraban bajo medida especial de vigilancia, al respecto explique:

a. ¿Cuáles son esas catorce EPS?

Las 14 entidades a la que se les levanta la medida de limitación de la capacidad de realizar nuevas afiliaciones están listadas en la Resolución 1700 de marzo de 2020, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud. Estas son: Comfachocó, Comfasucre, Comfahuila, Dusakawi, Comfacundi, Convida, Capresoca, Savia Salud, Ambuq, Comparta, Comfacartagena, Ecoopsos, Asetmet Salud y Emssanar.

b. ¿Cuáles fueron los criterios técnicos, financieros o de otra índole para tomar esta decisión?

Como está consignado en la Resolución 1700 de marzo de 2020, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, con esta se buscó que, si una persona en condición de vulnerabilidad y/o su núcleo familiar, no contaba con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud pudiera acceder a estos servicios, teniendo en cuenta que, desde el 1 de enero del 2020 el acceso a los servicios de salud de la Población Pobre No Afiliada (PPNA) cambió con el Plan Nacional de Desarrollo. Anteriormente, si una persona no estaba afiliada por su condición socioeconómica o por ser migrante, recibía la atención requerida por parte de la secretaría de salud municipal o departamental, quienes asumían el costo. Ahora, las entidades territoriales ya no están obligadas a pagar por esos servicios y es por ello que el usuario debe afiliarse obligatoriamente a una EPS.

Asimismo, en caso de un afiliado que quería trasladarse de EPS y en su municipio no existía más oferta en el régimen subsidiado, con la resolución se puede cambiar a otra EPS. También, como una medida de contención y mitigación, el Gobierno Nacional quería garantizar el acceso a los servicios de salud de toda persona que necesitara atención médica y hospitalaria por su estado de vulnerabilidad, ante un eventual diagnóstico de Covid-19, y no contara con afiliación. Se puede consultar la Resolución, para mayor detalle, en la carpeta Pregunta 20, donde se adjunta el archivo en PDF de la resolución.

- c. Sírvase entregar puntualmente el análisis realizado para ver el impacto del riesgo de mercado, sobre el comportamiento financiero de las EPS para las que fue generada esta resolución, e indique porque siendo este un concepto transversal para todas las EPS, solo fue adoptado como medida de impacto de riesgo en algunas; ¿las que no fueron incluidas no afrontaban ese riesgo de mercado?**

Como se menciona anteriormente, la motivación de la resolución está encaminada a adoptar medidas que permitan profundizar en la implementación del principio de cobertura universal en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, considerando que en la actualidad hay población que no se encuentra asegurada, especialmente la PPNA que es la población más vulnerable y requiere de afiliación en el régimen subsidiado, de ahí que todas las entidades a las que cubre la decisión son exclusivamente de este régimen; igualmente como consta en la resolución “que en los territorios con menor población funcionan, principalmente, administradoras de planes de beneficios autorizadas para operar el régimen subsidiado, siendo prioritario facilitar la disponibilidad plena de aseguradores en el territorio nacional para recibir a las personas que requieren afiliación como medida para alcanzar la cobertura universal del aseguramiento, permitiendo que las EPS ajusten rápidamente los procesos y dispongan de mayores recursos para priorizar las atenciones de sus afiliados garantizando la continuidad del aseguramiento en salud, en particular, frente a las circunstancias actuales, sin dejar de lado que de forma permanente les asuste la función indelegable de aseguramiento”. Adicionalmente, se adoptó como una medida

de contención y mitigación, que garantizara el acceso a los servicios de salud de toda persona que necesitara atención médica y hospitalaria por su estado de vulnerabilidad, ante un eventual diagnóstico de Covid-19, y no contara con afiliación.

Cabe mencionar como se expone en Parágrafo de Artículo 1 de la Resolución, el levantamiento de la medida excluye el traslado de afiliados que se realiza de acuerdo con lo previsto en el Decreto 1424 de 2019.

20. ¿Por qué razón la resolución 1700 del 20 marzo de 2020 que levantó la restricción de afiliación de catorce EPS no se encuentra publicada?

De conformidad con la dispuesto en la Resolución 1700 de 2020, no se encuentra publicada en la página web de la entidad, en consideración a que en la parte resolutive del pluricitado acto -artículo segundo y sus párrafos primero y segundo, se ordenó que la notificación se hiciera en los términos de los artículos 56 (Notificación electrónica), 67 (Notificación personal.) y 68 (Citaciones para notificación personal) de la Ley 1437 de 2011. Se adjunta archivo en PDF de la resolución en la carpeta Pregunta 20.

Adicionalmente, los actos administrativos en atención a su carácter particular o general tienen una forma propia de ser publicitados, esto como una manifestación de uno de los principios que el constituyente estableció como rector de la función administrativa del Estado, cual es la publicidad (artículo 9 numeral 3 Constitución Política).

Siendo así, las formas de manifestación de la voluntad de la administración se concretan en actos administrativos de contenido individual, personal o concreto, así como, en actos de contenido general que se caracterizan por tratarse de una especial modalidad de expresión del poder público administrativo, que comprende aquellas manifestaciones normativas, sean reglamentarias o reguladoras.

Ahora bien, la publicidad de un acto sea que se trate de uno de carácter particular o general, reviste mucha importancia, en la medida que por medio de ésta se da a conocer la decisión tomada por la administración, para que la persona o personas interesadas interpongan los recursos a que haya lugar y así puedan controvertir la decisión adoptada.

A este respecto el tratadista Jaime Orlando Santofimio en su libro “Tratado de Derecho Administrativo – Acto Administrativo- Tomo II”, de la Universidad Externado de Colombia, la publicidad del acto administrativo se traduce en:

“(…) desde el punto de vista de los procedimientos administrativos, en la necesidad de dar a conocer las decisiones mediante comunicaciones, notificaciones o publicaciones o a través de los demás medios que los procedimientos especiales consideren aptos para estos propósitos. La eficacia jurídica de los actos administrativos depende

directamente de los efectivos y válidos procesos de publicidad que desarrollen las autoridades. (...)"

Sobre el particular, cabe mencionar que, la Ley 1437 de 2011 previó la notificación personal como una forma de publicidad que se predica solo de los actos administrativos de carácter particular, en tanto que respecto de los actos de carácter general las disposiciones legales prevén la publicación, como una forma de oponibilidad del acto, a saber:

“ARTÍCULO 65. DEBER DE PUBLICACIÓN DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE CARÁCTER GENERAL. Los actos administrativos de carácter general no serán obligatorios mientras no hayan sido publicados en el Diario Oficial o en las gacetas territoriales, según el caso.

Las entidades de la administración central y descentralizada de los entes territoriales que no cuenten con un órgano oficial de publicidad podrán divulgar esos actos mediante la fijación de avisos, la distribución de volantes, la inserción en otros medios, la publicación en la página electrónica o por bando, en tanto estos medios garanticen amplia divulgación.

Las decisiones que pongan término a una actuación administrativa iniciada con una petición de interés general se comunicarán por cualquier medio eficaz.

En caso de fuerza mayor que impida la publicación en el Diario Oficial, el Gobierno Nacional podrá disponer que la misma se haga a través de un medio masivo de comunicación eficaz.

PARÁGRAFO. También deberán publicarse los actos de nombramiento y los actos de elección distintos a los de voto popular.

ARTÍCULO 66. DEBER DE NOTIFICACIÓN DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE CARÁCTER PARTICULAR Y CONCRETO. Los actos administrativos de carácter particular deberán ser notificados en los términos establecidos en las disposiciones siguientes.”

Visto lo anterior, en lo que respecta al cuestionamiento de “Por qué razón la Resolución 1700 de 20 de marzo de 2020 que levantó la restricción de afiliación de catorce EPS no se encuentra publicada”, se puede concluir que la Superintendencia Nacional de Salud, al momento de expedir la mencionada resolución no ordenó, en su parte resolutive la publicación del acto en el diario oficial ni en la página web de la entidad, porque dicha decisión no tiene un carácter normativo o general -en los términos antes expuestos- que imponga la obligatoriedad para la administración de llevar a cabo su publicación, pues por el contrario, conforme el contexto legal y doctrinal antes expuesto, la Resolución 1700 de 2020, corresponde a un acto administrativo de carácter particular y concreto que decide una actuación administrativa, cual es el

levantamiento de la medida de limitación de la capacidad para realizar nuevas afiliaciones y para aceptar traslados a catorce EPS, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.1.10. 5.1 del Decreto 780 de 2016, adicionado por el artículo 1° del Decreto 1184 de 2016, y en tal sentido la orden emanada del acto administrativo era la notificación personal de la misma como una manifestación de la publicidad del acto administrativo.

21. Respecto de la capacidad de afiliación que deben tener las EPS para continuar recibiendo usuarios sírvase a contestar:

a. ¿Cuáles EPS tiene capacidad de afiliación y cuáles no?

Sobre este aspecto, se informa que las 37 Entidades Promotoras de Salud que tienen vigente la autorización de funcionamiento, actualmente cuentan con capacidad de afiliación tanto geográfica como poblacional asignada, la cual les permite la operación del aseguramiento en determinados departamentos y municipios del país.

Por otra parte, se debe resaltar, que tanto el artículo 2.1.1.6., como el artículo 2.1.13.8. del Decreto 780 de 2016, indican expresamente que ninguna Entidad Promotora podrá negar la afiliación de los usuarios del sistema argumentando limitaciones a la capacidad de afiliación.

b. ¿De las EPS que no tienen capacidad de afiliación siguen recibiendo usuarios?

Como se contesta en el literal a: las 37 Entidades Promotoras de Salud que tienen vigente la autorización de funcionamiento, actualmente cuentan con capacidad de afiliación tanto geográfica como poblacional asignada, la cual les permite la operación del aseguramiento en determinados departamentos y municipios del país.

Otro aspecto distinto al que parece se refiere el literal b) de la pregunta al indicar “EPS que no tienen capacidad de afiliación”, puede estar relacionado con la medida de que trata el artículo 2.1.10.5.1. y siguientes del Decreto 780 de 2016, sobre la limitación de la capacidad de afiliación de las entidades promotoras de salud vigiladas que ordena esta Superintendencia, cuando han sido objeto de una o varias de las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión o de la intervención forzosa administrativa para administrar, que, no obstante, cuenta con las siguientes excepciones, por lo cual en estos eventos, aunque las EPS tengan limitada su capacidad de afiliación, deben proceder a afiliar o aceptar el traslados de usuarios:

“ARTÍCULO 2.1.10.5.2. EXCEPCIONES A LA RESTRICCIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN. <Artículo adicionado por el artículo 1 del Decreto 1184 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> No habrá lugar a la aplicación de la limitación de la capacidad de afiliación cuando se trate de:

1. Beneficiarios que puedan integrar el mismo núcleo familiar.
2. Novedades de traslados cuya efectividad se produce con posterioridad a la notificación del acto administrativo que ordenó la medida de limitación de la capacidad de afiliación.
3. Cumplimiento de órdenes derivadas de fallos Judiciales.
4. Unificación del núcleo familiar, cuando los cónyuges o compañero(as) permanentes se encuentren afiliados en EPS diferentes; o cuando un beneficiario cambie su condición a la de cónyuge o compañero(a) permanente.
5. Afiliados adicionales que pueden ingresar a un núcleo familiar en calidad de tales.”

22. Frente a la compra de cartera, teniendo en cuenta que es una medida para darle liquidez ¿Por qué no se le autorizó dicha operación a todas las EPS con falta de solvencia económica? ¿Fue una decisión política o técnica? ¿si es técnica cuál fue el análisis económico?

Esta pregunta fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social con número de radicado 202082301361621.

23. Teniendo en cuenta la restricción expresa que existía en la resolución 619 de 2020 sobre la compra de cartera de las EPS a favor de las vinculadas económicamente, explique ¿Por qué se autorizó la compra de cartera a EPS con IPS vinculadas patrimonialmente como es el caso de Coosalud?

En primera instancia cabe resaltar que no es competencia de esta Superintendencia la autorización de la compra de cartera de EPS con IPS en atención a los establecido en la Resolución 619 de 2020; es la ADRES la entidad encargada de verificar los criterios y realizar la compra de cartera.

Por otra parte, esta Superintendencia compartió con la ADRES la información disponible, la cual es reportada por los vigilados, a través de la plataforma de cargue NRVCC, relacionada con la composición patrimonial e inversiones archivos técnicos GT010 y FT008 de la circular externa 016 de 2016, con corte a diciembre de 2019. La información de dichos archivos técnicos fue remitida el pasado 27 de abril de 2020, mediante oficio radicado bajo NURC 2020-46814 de la Superintendencia Nacional de Salud, dando cumplimiento al parágrafo del artículo 2 de la Resolución 619 de 2020.

Es necesario resaltar, que con esa información se pueden identificar las relaciones directas de propiedad, por lo tanto, es preciso señalar que, para la EPS COOSALUD S.A. identificada con nit 900.226.715-3, no se evidencia relación patrimonial directa con ninguna IPS, de las cuales eran susceptibles de compra de cartera.

24. Cuando una EPS es objeto de revocatoria de funcionamiento, sírvase a informar:

a. ¿Cuáles es tiempo de transición para la atención de los usuarios?

En respuesta al literal a, es necesario aclarar que en los procesos de asignación de afiliados normativamente no existe un periodo de transición para la atención o prestación de servicios de salud que requieran los usuarios que son objeto de asignación.

Por el contrario, el parágrafo 1 del artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, modificado por el Decreto 1424 de 2019, establece que *“Las EPS objeto de las medidas previstas en el artículo 2.1.11.1 de este decreto, serán responsables del aseguramiento hasta el último día del mes en el cual se realiza la asignación. Las EPS receptoras asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de servicios de salud de los usuarios, a partir del primer día del mes siguiente al de la asignación”*.

b. ¿Cuáles son las dificultades a las cuales se ven sometidos los usuarios por el cambio de atención de sus servicios?

El artículo 2.1.11.10 del mencionado decreto precisa frente a la garantía de la continuidad en la prestación de los servicios de salud, lo siguiente:

“Las Entidades Promotoras de Salud receptoras de afiliados asignados, a quienes la Entidad Promotora de Salud de donde provienen les hubiese autorizado procedimientos o intervenciones que a la fecha de asignación no hayan sido realizados deberán reprogramarlos dentro de los 30 días siguientes a la asunción de la prestación de los servicios, siempre y cuando no se ponga en riesgo la vida del paciente, caso en el cual deberá garantizar la oportuna atención.

En el caso de servicios y tecnologías autorizados no financiados con cargo a la UPC, la EPS receptora garantizará la continuidad del tratamiento. Así mismo deberá continuar prestando los servicios y tecnologías ordenados por autoridades administrativas o judiciales. En ningún caso se podrán requerir trámites adicionales al afiliado.

A los pacientes con patologías de alto costo, madres gestantes y afiliados hospitalizados, la EPS deberá garantizar la oportunidad y la continuidad en la atención en salud de manera inmediata.”

Como se observa, la normatividad aplicable para el proceso de asignación de afiliados determina los lineamientos para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud a los afiliados que sean objeto de asignación por las causales previstas en el artículo 2.1.11.1 del Decreto 780 de 2016, modificado por el Decreto 1424 de 2019.

Para evitar dificultades y garantizar la continuidad de los servicios a los usuarios asignados, el artículo artículo 1.11.5 del Decreto 780 de 2016 sustituido por el Decreto 1424 de 2019, dispone que las EPS receptoras, entre otros, tienen el deber de:

Disponer, a través de su página web y de un medio de comunicación de amplia circulación: a) Los números telefónicos; b) Las direcciones electrónicas; c) El sitio web; d) La dirección de las sedes de la EPS donde pueden contactarse los afiliados; e) La fecha a partir de la cual la entidad se hará responsable de la prestación de los servicios de salud; y f) El derecho que le asiste al usuario de hacer uso de la libre elección después de noventa (90) días calendario contados a partir de la efectividad de la asignación.

Informar a los aportantes, a través de un medio de comunicación de amplia circulación: a) Los lugares en que asumirá las funciones de aseguramiento; b) Las direcciones de las sedes de la EPS y las direcciones electrónicas de contacto; y c) Los números telefónicos de contacto a través de los cuales se ofrecerá atención e información sobre los afiliados asignados.

Informar a los pacientes con patologías de alto costo y madres gestantes, la red prestadora de servicios de salud disponible, responsable de garantizar la continuidad en la atención en salud.

Adelantar de forma previa a la efectividad de la asignación, los procesos de contratación necesarios a fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios a la población que le fue asignada.

Adicionalmente, las EPS receptoras de afiliados a quienes las EPS de donde provienen les haya autorizado servicios o tecnologías sin que a la fecha de asignación hayan sido garantizados, deben prestarlos dentro de los 30 días calendario siguientes a la efectividad de la asignación, siempre y cuando no se ponga en riesgo la vida del paciente, caso en el cual debe garantizarse la oportuna atención

En el caso de servicios y tecnologías autorizados no financiados con cargo a la UPC, la EPS receptora debe garantizar la continuidad del tratamiento. Así mismo, deberá continuar prestando los servicios y tecnologías ordenados por autoridades administrativas o judiciales. En ningún caso se pueden requerir trámites adicionales al afiliado.

c. ¿Cuáles son los criterios utilizados para reubicar estos usuarios a otra u otras EPS y cuál ha sido el grado de satisfacción de los usuarios? Anexar evidencias.

En cuanto a “*los criterios utilizados para reubicar estos usuarios a otra u otras EPS*”, se informa que todas las reglas para adelantar los procesos de asignación de afiliados se encuentran contenidos en el Título 11 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 modificado por el Decreto 1424 de 2019.

Así las cosas, en el acto administrativo a través del cual se acepta el retiro o liquidación voluntaria, o se ordena la revocatoria de autorización funcionamiento o de la certificación de habilitación o la intervención forzosa para liquidar a una EPS, se ordena la entrega inmediata de bases de datos que contengan la información de los afiliados, requerida para realizar el proceso de asignación.

Al momento de la notificación del acto administrativo la EPS debe entregar al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud las bases de datos que contengan la información de los afiliados, para realizar el proceso de asignación, con corte al último proceso de la BDUA correspondiente a: a) Grupos familiares; b) Pacientes de alto costo junto con los datos de la red de prestadores de servicios de salud responsable de su tratamiento; c) Madres gestantes; d) Datos de domicilio; e) Poblaciones especiales; f) Contacto de todos los afiliados; g) Fallos de tutela y actas del comité técnico científico - CTC; y h) Servicios autorizados que a la fecha de la asignación no hayan sido prestados.

El día hábil siguiente a la notificación de dicho acto, la Superintendencia remite al Ministerio de Salud y Protección Social la relación de las receptoras que no se encuentran con medidas administrativas y que se encuentren autorizadas operando el aseguramiento en salud.

Con la citada información, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la ADRES, realiza la distribución y asignación de los afiliados teniendo en cuenta las siguientes reglas:

1. Si el acto administrativo es notificado dentro de los últimos quince (15) días calendario del mes, la asignación de afiliados debe realizarse en los primeros quince (15) días calendario del mes siguiente; en los demás casos la asignación de afiliados debe realizarse en el mismo mes de notificación del acto administrativo.
2. La asignación de los afiliados se realizará así:
 - 2.1 Los grupos familiares sin pacientes con patologías de alto costo se distribuyen así: (i) el 50% en partes iguales entre las EPS receptoras en cada municipio; y (ii) el 50% restante en forma proporcional al número de afiliados de las EPS receptoras en cada entidad territorial del orden municipal.
 - 2.2 Los grupos familiares que tengan pacientes con patologías de alto costo y madres gestantes se clasifican en forma independiente de los demás grupos familiares y se distribuirán aleatoriamente entre las EPS receptoras en forma proporcional a su número de afiliados, incluidos los asignados con base en el numeral anterior (2. 1.)
3. Transcurridos 90 días calendario los afiliados asignados podrán escoger libremente entre las EPS que operen en el municipio de su residencia. Se exceptúa de este plazo, los casos en los cuales algún miembro del grupo familiar quede asignado en una EPS distinta a la del cotizante o cabeza de familia, evento en el cual se podrá realizar el traslado de forma inmediata a la EPS en la cual se haya asignado el cotizante o cabeza de familia.

En aquellos casos en los cuales no se cuente con grupos familiares, en el proceso de asignación se tendrá en cuenta la información disponible en el SISBEN; en todo caso la asignación buscará mantener unificados los grupos familiares en la misma EPS.

En aquellos casos en los cuales la distribución establecida supere el límite de movilidad (10% para el régimen no habilitado), el excedente se distribuirá entre las demás EPS receptoras.

Cuando la Superintendencia Nacional de Salud determine que no existe en algún municipio oferta de EPS para la asignación de afiliados, invitará a las EPS que no cuenten con medidas administrativas y se encuentren autorizadas, para que, dentro del término de 3 días hábiles siguientes, manifiesten su voluntad de recibir a los afiliados.

25. Sírvase a relacionar en los últimos 5 años en cuáles casos se ha presentado la situación de reubicación de usuarios por revocatoria de funcionamiento de una EPS.

A continuación, se relacionan las entidades objeto de revocatoria parcial o total de funcionamiento o intervención forzosa para liquidar ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud en los últimos 5 años, para los cuales se han realizado procesos de asignación de afiliados:

Entidad	Tipo de actuación	Acto Administrativo
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA "COMFACOR"	Revocatoria Parcial departamento de La Guajira	Resolución 3254 de 2016
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA "COMPARTA EPS-S"	Revocatoria Parcial departamento de La Guajira	Resolución 3255 de 2016
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.	Revocatoria Parcial departamento de La Guajira	Resolución 3256 de 2016
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ AMBUQ ARS.	Revocatoria Parcial departamento de La Guajira	Resolución 3257 de 2016
NUEVA EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO	Revocatoria Parcial departamento de La Guajira	Resolución 3258 de 2016
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA "COMFACOR"	Revocatoria Total	Resolución 299 de 2019
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA "COMPARTA EPS-S"	Revocatoria Parcial departamentos de Cundinamarca, Huila y Bolívar	Resolución 3216 de 2019
COOMEVA EPS	Revocatoria Parcial departamentos de Cundinamarca, Meta y Cauca	Resolución 3796 de 2019
MEDIMAS EPS	Revocatoria Parcial departamentos del Chocó, Sucre y Cesar	Resolución 3818 de 2019
EMDISALUD EPS	Revocatoria Total	Resolución 8929 de 2019
MEDIMAS EPS	Revocatoria Parcial departamentos de Atlántico, Arauca, Bolívar, Cundinamarca, Cauca, Guainía, La Guajira y Magdalena	Resolución 2379 de 2020
SALUDVIDA	Intervención para liquidar	Resolución 9017 de 2019
CRUZ BLANCA	Intervención para liquidar	Resolución 8939 de 2019

26. Respecto de la respuesta anterior, sírvase informar cuales han sido las EPS receptoras de los usuarios de las EPS que han sido objeto de revocatoria de funcionamiento. ¿Cuáles han sido los criterios para seleccionar esas EPS y en qué porcentajes se asignaron esos usuarios a cada uno de las EPS receptoras?

A continuación, se relacionan las entidades receptoras de afiliados por procesos de revocatoria parcial o total de funcionamiento o intervención forzosa para liquidar ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud en los últimos 5 años:

Entidad	Tipo de actuación	Acto Administrativo	EPS receptoras
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA "COMFACOR"	Revocatoria Parcial departamento de La Guajira	Resolución 3254 de 2016	AIC, Cajacopi, Anaswayuu y Comfaguajira
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA "COMPARTA EPS-S"	Revocatoria Parcial departamento de La Guajira	Resolución 3255 de 2016	AIC, Cajacopi, Anaswayuu y Comfaguajira
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.	Revocatoria Parcial departamento de La Guajira	Resolución 3256 de 2016	AIC, Cajacopi, Anaswayuu y Comfaguajira
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ AMBUQ ARS.	Revocatoria Parcial departamento de La Guajira	Resolución 3257 de 2016	AIC, Cajacopi, Anaswayuu y Comfaguajira
NUEVA EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO	Revocatoria Parcial departamento de La Guajira	Resolución 3258 de 2016	AIC, Cajacopi, Anaswayuu y Comfaguajira
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA "COMFACOR"	Revocatoria Total	Resolución 299 de 2019	Nueva EPS, Coosalud, Mutual Ser, Cajacopi, Comfaguajira
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SUBSIDIADA "COMPARTA EPS-S"	Revocatoria Parcial departamentos de Cundinamarca, Huila y Bolívar	Resolución 3216 de 2019	Nueva EPS, Coosalud, Mutual Ser, Cajacopi, AIC, Mallamas
COOMEVA EPS	Revocatoria Parcial departamentos de Cundinamarca, Meta y Cauca	Resolución 3796 de 2019	Nueva EPS, Coosalud, Cajacopi, Sanitas, Salud Total, Famisanar, Sura, Compensar, Emssanar
MEDIMAS EPS	Revocatoria Parcial departamentos del Chocó, Sucre y Cesar	Resolución 3818 de 2019	Nueva EPS, Sanitas, Salud Total, Famisanar,
EMDISALUD EPS	Revocatoria Total	Resolución 8929 de 2019	Nueva EPS, Coosalud, Mutual Ser, Cajacopi, Sanitas, Salud Total, Famisanar, Sura, Compensar, AIC y SaludMía
MEDIMAS EPS	Revocatoria Parcial departamentos de Atlántico, Arauca, Bolívar, Cundinamarca, Cauca, Guainía, La Guajira y Magdalena	Resolución 2379 de 2020	Cajacopi, Sanitas, Salud Total, Famisanar, Sura, Compensar, Nueva EPS, AIC, Coosalud y Mutual Ser
SALUDVIDA	Intervención para liquidar	Resolución 9017 de 2019	Nueva EPS, Coosalud, Mutual Ser, Cajacopi, Sanitas, Salud Total, Famisanar, Sura, Compensar, AIC., Comfaorient, Comfaguajira, Aliansalud, Mallamas, SaludMía, Anaswayuu, Comfanariño y Pijaos.
CRUZ BLANCA	Intervención para liquidar	Resolución 8939 de 2019	Nueva EPS, Coosalud, Sanitas, Salud Total, Famisanar, Sura, Compensar, Aliansalud y Comfenalco Valle.

En cuanto a "los criterios para seleccionar esas EPS", se informa que el inciso segundo del artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016 modificado por el Decreto 1424 de 2019 determina la obligación de la Superintendencia de informar al Ministerio de Salud y Protección Social las Entidades Promotoras de Salud que pueden participar en el

proceso de asignación de afiliados, determinando claramente que dichas EPS “no cuenten con medidas administrativas y se encuentren autorizadas operando el aseguramiento en salud”.

Es importante mencionar que para la escogencia de las EPS receptoras en los procesos de asignación de afiliados antes de la expedición del Decreto 1424 de agosto de 2019, solo se tenían en cuenta las EPS del mismo régimen de la entidad que entregaba sus afiliados, conforme a lo dispuesto en el Decreto 3045 de 2013 compilado en el Decreto 780 de 2016.

De acuerdo con lo anterior, actualmente en los procesos de asignación de afiliados solo participan las EPS que no se encuentren bajo ningún tipo de medida administrativa por parte de esta Superintendencia, y que se encuentren autorizadas y operando el aseguramiento en los municipios objeto de asignación, independientemente que estas estén autorizadas en el régimen contributivo o subsidiado.

Ahora bien, con respecto a los porcentajes de asignación de esos usuarios, se precisa que dichos afiliados fueron asignados conforme a los porcentajes establecidos en las reglas de asignación establecidas en el numeral 2 del artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, así:

“2. La asignación de los afiliados se realizará así:

*2.1. Los grupos familiares sin pacientes con patologías de alto costo se distribuirán así: (i) **el 50% en partes iguales** entre las EPS receptoras en cada municipio; y (ii) **el 50% restante en forma proporcional al número de afiliados** de las EPS receptoras en cada entidad territorial del orden municipal.*

*2.2. Los grupos familiares que tengan pacientes con patologías de alto costo y madres gestantes se clasificarán en forma independiente de los demás grupos familiares y **se distribuirán aleatoriamente entre las EPS receptoras en forma proporcional a su número de afiliados**, incluidos los asignados con base en el numeral 2.1 del presente artículo”.*

27. ¿Qué sucede con la cartera de las diferentes IPS privadas y públicas con una EPS a la cual se le revoca su funcionamiento?

Como quedó indicado en la respuesta a la pregunta 13, las Entidades Promotoras de Salud a las cuales se ha ordenado la revocatoria de autorización de funcionamiento deben presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud un cronograma a ser ejecutado por la entidad que contenga las actividades para conciliar, depurar y pagar la cartera con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas y proveedores de servicios y tecnologías en salud por las obligaciones generadas por la prestación de servicios de salud a sus afiliados a la fecha de la adopción de la medida, la deuda reconocida producto del proceso de conciliación y depuración debe ser reportado a la Superintendencia, como también lo relacionado con el pago de las obligaciones.

Conforme lo establecido en el artículo 9 de la Ley 1797 de 2016, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tienen la obligación de adelantar de manera permanente el proceso de depuración y conciliación de cuentas por pagar y cuentas por cobrar entre ellas, así como efectuar el respectivo saneamiento contable.

En cuanto a los procesos de intervención forzosa administrativa para liquidar, ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud responden al siguiente régimen: el artículo 233 de la Ley 100 de 1993, el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, reglamentado por los Decretos 1015 y 3023 de 2002, así como el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015. En virtud del mismo, tales medidas se rigen por el Estatuto Orgánico del Sector Financiero, esto es, el Decreto Ley 663 de 1993, la Ley 510 de 1999, el Decreto 2555 de 2010 y demás normas complementarias y modificatorias. En materia de calificación y determinación de obligaciones o pasivos, se aplica lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 1796 de 2016.

En ese orden de ideas, en primer lugar, los procesos liquidatorios son concursales y universales, los cuales tienen como finalidad la pronta realización de los activos y el pago gradual y rápido de los pasivos hasta que lo permita la disponibilidad de recursos, garantizando el principio de prelación e igualdad, sin perjuicio del pago de los créditos que gocen de prelación.

Ahora bien, con el propósito de señalar de forma precisa el procedimiento a seguir por parte de los Agentes Liquidadores para la calificación y graduación de los créditos, es necesario indicar las disposiciones establecidas de los artículos 9.1.3.2.4, 9.1.3.2.6, 9.1.3.5.3, 9.1.3.5.6 y 9.1.3.5.7 del Decreto 2555 de 2010:

“Artículo 9.1.3.2.4. Pasivo a cargo de la entidad en liquidación.

Para la determinación de las sumas a cargo de la entidad en liquidación se tendrá en cuenta lo siguiente:

Determinación de las sumas y bienes excluidos de la masa y de los créditos a cargo de la masa de la liquidación.

Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al vencimiento del término para presentar reclamaciones, el liquidador decidirá sobre las reclamaciones presentadas oportunamente mediante resolución motivada o mediante actos administrativos independientes en los que además de resolver las objeciones presentadas se señalará lo siguiente:

a) Las reclamaciones oportunamente presentadas aceptadas y rechazadas en relación con bienes y sumas de dinero excluidos de la masa de la liquidación, señalando la cuantía y el orden de restitución de conformidad con el numeral 2 del artículo 299 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero modificado por el artículo 26 de la Ley 510 de 1999 y por el artículo 61 de la Ley 795 de 2003; los numerales 1, 5 y 6 del artículo

300 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero modificado por el artículo 25 de la Ley 510 de 1999; el artículo 51 de la Ley 454 de 1998; los artículos 9 y 10 de la Ley 546 de 1999 y las demás normas que expresamente reconozcan este privilegio;

b) Las reclamaciones oportunamente presentadas, aceptadas y rechazadas contra la masa de la liquidación, señalando la naturaleza de las mismas, su cuantía y la prelación para el pago y las preferencias que la ley establece, de conformidad con el numeral 1 del artículo 300 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las reglas generales del Código Civil y demás disposiciones legales aplicables."

(...)"

Artículo 9.1.3.2.6 Recurso contra la resolución que determina las sumas y bienes excluidos de la masa y los créditos a cargo de la masa de la institución financiera en liquidación.

Contra la resolución que determina las sumas y bienes excluidos de la masa y los créditos a cargo de la masa de la institución financiera en liquidación, procederá el recurso de reposición, el cual deberá presentarse ante el liquidador acreditando la calidad en que se actúa, dentro de los cinco (5) días siguientes a la desfijación del edicto por medio del cual se notifique dicha resolución y con el lleno de los requisitos señalados en el artículo 52 del Código Contencioso Administrativo.

De los recursos presentados se correrá traslado en las oficinas de la institución financiera intervenida durante los cinco (5) días siguientes al vencimiento del término para su presentación.

Las resoluciones que decidan los recursos se notificarán personalmente al titular de la acreencia sobre la que se decida y a quien hubiera interpuesto el recurso, en la forma prevista en los artículos 44 y 45 del Código Contencioso Administrativo.

Una vez vencido el término para interponer los recursos de reposición, la resolución mediante la cual se adopta la decisión sobre las sumas y bienes excluidos de la masa y los créditos a cargo de la masa de la institución financiera en liquidación quedará ejecutoriada y en firme respecto de las reclamaciones sobre las cuales no se haya interpuesto recursos, y en consecuencia el cumplimiento de este acto administrativo procederá de forma inmediata.

Parágrafo 1.

En cualquier momento del proceso liquidatorio y antes de la adjudicación, los titulares de acreencias podrán ceder los derechos en el respectivo proceso, con sujeción a las normas sobre la materia. En el caso de entidades públicas, la cesión podrá adelantarse con otras entidades de la misma naturaleza.

Parágrafo 2.

Siempre y cuando se garantice el principio de igualdad entre los acreedores, en cualquier momento del proceso liquidatorio, el liquidador previo consentimiento del respectivo acreedor, puede realizar pagos parciales o totales en especie, quedando facultado para perfeccionar las correspondientes daciones en pago.

Artículo 9.1.3.2.7 Pasivo cierto no reclamado.

Si atendidas las obligaciones excluidas de la masa y aquellas a cargo de ella, de acuerdo con las reglas previstas en el presente Libro, subsisten recursos, el liquidador mediante acto administrativo, determinará el pasivo cierto no reclamado a cargo de la institución financiera intervenida señalando su naturaleza, prelación de acuerdo con la ley y cuantía. Para el efecto, se tendrán en cuenta los pasivos que no fueron reclamados oportunamente pero que aparezcan debidamente registrados en los libros oficiales de contabilidad de la intervenida, así como las reclamaciones presentadas extemporáneamente que estén debidamente comprobadas.

Para efectos de la notificación de la resolución que determine el pago del pasivo cierto no reclamado, así como de los recursos interpuestos contra la misma se atenderá el procedimiento previsto en los artículos 9.1.3.2.5 y 9.1.3.2.6 de este decreto”

Referente a la calificación de créditos, es preciso observar las disposiciones del artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, en lo concerniente con la prelación de pagos para tener en cuenta por parte de las Empresas Promotoras de Salud y los prestados de servicios de salud en medida especial de liquidación forzosa o voluntaria.

En conclusión, en virtud de la normativa citada, la liquidación de una EPS implica la extinción de la misma, para lo cual el agente liquidador que, goza de plena autonomía e independencia en sus decisiones, debe gestionar la determinación y realización de los activos o recursos de la entidad y con ellos efectuar el pago gradual y rápido de los pasivos, garantizando los principios de prelación e igualdad entre los acreedores. Además, es característica esencial del proceso de liquidación forzosa, el principio de universalidad concursal, que, a la luz del pronunciamiento del Consejo de Estado⁵ “(...) dicho procedimiento comprende a todos los deudores y acreedores de la entidad pública, así como a todos los bienes y obligaciones de la misma (..). Agrega la alta Corte, “es obligatoria la concurrencia de los acreedores al proceso de liquidación en el plazo que se disponga para ello, con el fin de determinar todas las obligaciones a pagar y con el propósito de que la masa de liquidación sirva de garantía general de las mismas (..)”.

⁵ CONSEJO DE ESTADO -SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO -SECCIÓN TERCERA- SUBSECCIÓN A - Consejero ponente: CARLOS ALBERTO ZAMBRANO BARRERA- Bogotá, D.C., catorce (14) de junio de dos mil diecinueve (2019) -Radicación número: 76001-23-31-000-2001-01530-02(63857) - Actor: IDIME S.A. Y OTROS Demandado: MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL- Referencia: ACCIÓN EJECUTIVA

En cuanto a la segunda parte del interrogante, a continuación, se presenta gráfico y matriz que relaciona el estado de acreencias de las EPS que, en la actualidad se encuentran en liquidación y las entidades liquidadas de los últimos años.



Fuente: Elaboración Propia Superintendencia Nacional de Salud.

Se registran 60.623 acreencias reclamadas por la suma de \$25,02 billones, de las cuales son reconocidos \$6,38 billones, lo que indica el 27% de reconocimiento promedio histórico, durante los últimos cinco años.

Los pagos ascienden a la suma de \$2,69 billones, es decir, el 42% del valor reconocido.

La tabla que a continuación se ilustra, revela el detalle de acreencias reclamadas, reconocidas, rechazadas y pagadas por cada EPS liquidada.

Tabla. Acreencias reclamadas, reconocidas y pagadas

(Cifras en pesos)

EPS	No. Acree	Vr Reclamado	Vr Reconocido	% Recon	Vr Rechazado	% Recha zo	Total pagado	% Pagos	Vr Saldo por pagar	% Saldo	Partic % pagos	Partic % deuda
SALUDCOOP	25.856	8.787.073.428.813	3.322.903.771.147	38%	5.464.169.657.666	62%	643.643.831.507	19%	2.679.259.939.640	81%	24%	73%
MANEXKA	506	101.229.000.000	33.100.000.000	33%	68.129.000.000	67%	0	0%	33.100.000.000	100%	0%	1%
CAFESALUD	2124	6.351.193.507.668	237.231.038.235	4%	6.113.962.469.433	96%	0	0%	237.231.038.235	100%	0%	6%
CRUZ BLANCA	2769	1.143.150.779.004	2.234.986.959	0%	1.140.915.792.045	100%	0	0%	2.234.986.959	100%	0%	0,06%
COMFACOR	1082	923.203.105.096	9.728.716.365	1%	913.474.388.731	99%	0	0%	9.728.716.365	100%	0%	0,3%
EMDISALUD				0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0,0%
SALUDVIDA				0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0,0%
CAPRECOM	7696	4.919.177.913.304	1.743.541.276.250	35%	3.175.636.637.053	65%	1.666.000.000.000	96%	77.541.276.250	4%	62%	2%
COMFABOY	382	49.982.255.301	36.126.179.451	72%	13.657.776.816	27%	19.766.446.223	55%	16.359.733.228	45%	1%	0,4%
COMFENALCO SANTANDER caja	0	3.535.627.906	2.362.633.134	67%	1.172.994.772	33%	2.362.633.134	100%	0	0%	0,1%	0%

CALISALUD	180	78.509.271.523	27.212.160.258	35%	51.297.111.265	65%	313.431.374	1%	26.898.728.884	99%	0,01%	1%
SOLSALUD EPS - EPSS	4219	892.578.362.768	164.450.122.944	18%	728.128.239.824	82%	8.530.532.002	5%	155.919.590.942	95%	0,3%	4%
CAMACOL	267	18.318.769.959	9.228.071.008	50%	9.090.698.951	50%	6.290.699.373	68%	2.937.371.635	32%	0,2%	0,1%
COMFACA	0	13.252.095.421	9.181.601.389	69%	4.070.494.032	31%	8.863.252.339	97%	318.349.050	3%	0,3%	0,01%
GOLDEN GROUP S.A.	2.695	87.883.202.120	43.513.383.381	50%	44.369.818.739	50%	1.012.270.107	2%	42.501.113.274	98%	0,04%	1%
SELVASALUD	546	183.232.388.665	39.130.428.877	21%	144.101.959.788	79%	0	0%	39.130.428.877	100%	0,00%	1%
SALUD COLOMBIA	0	24.074.839.000	8.796.113.446	37%	15.278.725.554	63%	698.431.000	8%	8.097.682.446	92%	0,03%	0,2%
HUMANA VIVIR	8552	578.272.183.533	194.363.562.788	34%	383.908.620.745	66%	17.302.832.085	9%	177.060.730.703	91%	1%	5%
COMFENALCO ANTIOQUIA	1618	349.384.000.000	176.079.132.282	50%	173.304.867.718	50%	123.989.091.435	70%	52.090.040.847	30%	5%	1%
COMFENALCO ANTIOQUIA	0	70.407.418.540	48.566.819.706	69%	21.840.598.834	31%	48.566.819.706	100%	0	0%	2%	0,0%
CAFABA CAJA EPSS	0	50.327.044.104	20.075.592.879	40%	30.251.451.225	60%	9.708.152.462	48%	10.367.440.417	52%	0,4%	0,3%
FAMISALUD COMFANORTE caja	269	24.270.757.348	14.356.371.031	59%	9.914.386.317	41%	14.356.371.031	100%	0	0%	1%	0,0%
CAJASAN	236	2.325.340.852	1.338.566.751	58%	986.774.101	42%	1.328.795.535	99%	9.771.216	1%	0,0%	0,000%
COMFAORIENTE caja	178	28.698.698.231	22.615.736.111	79%	6.082.962.120	21%	22.476.954.656	99%	138.781.455	1%	1%	0,004%
SALUD CONDOR	421	175.376.921.000	99.436.124.000	57%	61.054.382.000	35%	0	0%	99.436.124.000	100%	0,00%	3%
COMFENALCO TOLIMA caja	0	40.218.365.081	28.273.003.519	70%	11.945.361.562	30%	20.025.772.661	71%	8.247.230.858	29%	1%	0,2%
CAFAM	504	58.630.199.780	39.030.930.079	67%	19.599.269.701	33%	39.030.930.079	100%	0	0%	1%	0,0%
COLSUBSDIO	523	31.246.609.890	29.095.712.745	93%	2.150.897.145	7%	29.095.712.745	100%	0	0%	1%	0,0%
COLPATRIA		145.960.243	145.960.243	100%		0%	94.667.977	65%	51.292.266	35%	0,0%	0,0%
REDSALUD		22.078.864.756	6.650.175.796	30%	15.741.888.651	71%	6.650.175.796	100%	0	0%	0,2%	0,0%
Capreuis		14.115.493.769	14.115.493.769	100%		0%	604.876.625	4%	13.510.617.144	96%	0,02%	0,4%
	60.623	25.021.892.403.675	6.382.883.664.543	26%	18.624.237.224.787	74%	2.690.712.679.852	42%	3.692.170.984.692	58%		

Fuente. Archivo SNS, corte junio de 2020.

28. Remitir los estados financieros (balance general y estado de resultados) de todas las EPS del país, es decir, las que están en medida preventiva de vigilancia especial y las que no, todo con corte a 30 de junio de 2019, 31 de diciembre de 2019 y 30 de junio de 2020, debidamente reportados por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud, en un documento de Excel y con información del PUC1 a 8 dígitos, cuyo contenido de celdas sean iguales a número, en este sentido se deben incluir las cuentas de orden.

La información de estados financieros de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra publicada en la página web en

<https://www.supersalud.gov.co/esco/Paginas/Delegada%20Supervision%20de%20Riesgos/informacion-financiera-EPS-EMP-SAP-regimenes-de-excepcion-y-especiales.aspx>

No obstante, se adjuntan a esta comunicación los estados financieros de las EPS para los periodos de diciembre de 2019 y junio de 2020. Por otra parte, se debe considerar que todas las EPS privadas tienen implementadas las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) y las EPS públicas reportan de acuerdo con los marcos técnicos normativos de la Contaduría General de la Nación, por lo que ninguna EPS utiliza el Plan Único de Cuentas en la actualidad. Las EPS reportan su información financiera a la Superintendencia Nacional de Salud usando los catálogos de información financiera con fines de supervisión, basados en los marcos técnicos normativos de la Contaduría general de la Nación para las entidades públicas y los marcos de los reguladores de los Grupos NIIF 1,2,3 (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Para mayor detalle ver Circular 016 de 2016 publicada en <https://www.supersalud.gov.co/esco/normatividad/circulares-externas>.

- 29. Informe para todas las EPS tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, con medida o sin medida de vigilancia especial, las condiciones financieras para los periodos de 31 de diciembre de 2019 y junio 30 de 2020 debidamente reportados por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud, así mismo enviar documentos (Archivo en Excel con información equivalente a números), con los respectivos soportes que acrediten dicho cumplimiento, en tal sentido se debe acreditar en el documento respaldo.**

Adjunto se encuentra la información para los periodos de diciembre de 2019 y junio de 2020 de los siguientes indicadores: Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado, Régimen de Inversiones, Indicador de Gasto Administrativo, Calidad del Activo, Comportamiento de las Cuentas Embargadas, Porcentaje de Recaudo de Cartera No- POS, Comportamiento de los Depósitos Judiciales y los indicadores financieros relacionados con capital, activo, rentabilidad y liquidez.

Por otra parte, en cuanto al seguimiento de otros indicadores financieros la fuente de información corresponde a los catálogos de información financiera que son publicados en la página web de la Supersalud en el siguiente enlace <https://www.supersalud.gov.co/esco/Paginas/Delegada%20Supervision%20de%20Riesgos/informacion-financiera-EPS-EMP-SAP-regimenes-de-excepcion-y-especiales.aspx>.

- 30. Informe las EPS que no cumplen con las condiciones financieras a junio 30 de 2020, así mismo enviar documentos soporte que acrediten dicho incumplimiento.**

En documento anexo se relaciona el resultado de los indicadores de las condiciones financieras de capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversiones con corte al periodo de junio de 2020.

31. Enviar el informe de análisis mensual de los últimos 12 meses con corte a junio 30 de 2020 del comportamiento de los indicadores financieros de las EPS.

En archivo Excel adjunto se encuentra la información de los resultados de las condiciones financieras de capital mínimo y patrimonio adecuado de forma mensual para los periodos de junio de 2019 a junio de 2020.

32. Informe, en un escalafón el orden de prioridad en cumplimiento de las condiciones financieras.

El Decreto 2702 de 2014 compilado en el Decreto 780 de 2016 establece las condiciones financieras que las EPS del régimen contributivo, subsidiado (exceptuando a las indígenas) y Entidades Adaptadas, deben cumplir para su habilitación y permanencia en el sistema. Adicionalmente con estas se mide el nivel de solvencia que tiene cada entidad en el sistema. Este Decreto plantea los requisitos de capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión de las reservas técnicas e indica el plazo de cumplimiento para las entidades que a la entrada en vigencia del Decreto no cumplieran con las condiciones financieras. A lo largo de estos años, este Decreto ha tenido algunas modificaciones por deterioro de la cartera y asignación de afiliados, entre otros.

Considerando lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud construye un indicador que permita calificar a las entidades, según el cumplimiento de las condiciones financieras y que permita generar criterios para la toma de decisiones de la SNS.

El indicador mide la brecha entre el defecto del periodo actual con respecto al valor que debería tomar para el cumplimiento (brecha calculada con corte a junio de 2015) del capital mínimo y patrimonio adecuado, de acuerdo con los requerimientos establecidos en el Decreto. Igualmente, para el régimen de inversiones se calcula el descalce de las inversiones respecto a las reservas técnicas del período anterior; para lograr esto se utiliza la fórmula de distancia.

Tabla. Medición Brechas a junio de 2020 (Decretos 1424 y 1683 de 2019). Información sometida a reserva

Nit	EPS	Nivel de riesgo por incumplimiento (Brechas)
830113831	ALIANSALUD	
890102044	CAJACOPI ATLÁNTICO	
890303093	COMFENALCO VALLE	
860066942	COMPENSAR	
800088702	EPS SURA.	Cumple
806008394	MUTUAL SER	
900156264	NUEVA EPS	
800130907	SALUD TOTAL SA	
800251440	SANITAS S A	
900935126	ASMET SALUD	
900298372	CAPITAL SALUD	
891600091	COMFACHOCÓ	
890500675	COMFAORIENTE	Bajo
805000427	COOMEVA	
900226715	COOSALUD	
901093846	ECOOPSOS	
890480110	COMFACARTAGENA	
892115006	COMFAGUAJIRA	
891180008	COMFAHUILA	
892200015	COMFASUCRE	Medio
901021565	EMSSANAR	
830003564	FAMISANAR	
900914254	FUNDACIÓN SALUD MÍA	
805001157	SOS	
818000140	AMBUQ	
891856000	CAPRESOCA	
860045904	COMFACUNDI	
891280008	COMFANARIÑO	Alto
804002105	COMPARTA	
899999107	CONVIDA	
901097473	MEDIMAS	
900604350	SAVIA SALUD	

Fuente: NRVCC- Supersalud. Elaboración Propia. El orden de las entidades en cada grupo corresponde un ordenamiento alfabético. Nota: Información sometida a Reserva.

33. Se solicita el anexo contentivo del análisis financiero realizado a las EPS para la ampliación de la capacidad de la afiliación, que se hayan otorgado desde el 2014 a la fecha, así como el soporte de la respectiva notificación de aprobación por municipio, departamento y por régimen.

En respuesta a este punto, a continuación, se relacionan las modificaciones de capacidad de afiliación resueltas por esta Superintendencia, que implicaron una ampliación de capacidad bien sea geográfica, poblacional o mixta, las cuales incluyen el análisis financiero:

Tabla. Relación de resoluciones por EPS

Ítem	Entidad	Acto Administrativo	Anexo Análisis Financiero
1	Sanitas EPS	Resolución 460 de 2014	3-2013-010912
2	Coomeva EPS	Resolución 1850 de 2016	3-2016-003916
3	Comparta EPS	Resolución 1618 de 2015	3-2015-017033
4	Compensar EPS	Resolución 4180 de 2014	3-2014-022203
5	Famisanar EPS	Resolución 1158 de 2015	3-2015-012841
6	Nueva EPS	Resolución 2778 de 2015	3-2015-025784
7	AIC EPS-I	Resolución 999 de 2014	3-2013-076549
8	Cajacopi	Resolución 2505 de 2014	3-2014-021156
9	Anaswayu	Resolución 1737 de 2016	3-2016-003916
10	Cafesalud	Resolución 2379 de 2015	3-2015-023059

Por otra parte, a continuación, se relacionan las modificaciones de capacidad de afiliación, que desde la fecha de expedición del Decreto 2353 de 2015 a la fecha, han sido radicadas por las EPS en virtud del régimen de autorización general establecido por el artículo 86 del mencionado decreto, el cual se encuentra incorporado en el artículo 2.1.13.8. del Decreto 780 de 2016, modificaciones que, de acuerdo con lo dispuesto en la mencionada norma, no requieren de autorización por parte de la SNS:

Ítem	Entidad	Tipo de Solicitud	Descripción
1	Emssanar EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad de afiliación por Régimen General
2	Comfaoriente EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad de afiliación poblacional por Régimen General
3	Mallamas EPSI	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad de afiliación por Régimen General
4	A.I.C. EPSI	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad de afiliación por Régimen General
5	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad de afiliación poblacional por Régimen General
6	Comfaguajira EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad de afiliación por Régimen General
7	Ecoopsos EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad de afiliación por Régimen General
8	Ecoopsos EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Solicitud Régimen de autorización general
9	Ecoopsos EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad geográfica por Régimen General
10	Sura EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Disminución de la capacidad de afiliación Santa Marta, Magdalena.
11	Ecoopsos EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad de afiliación por Régimen General
12	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad de afiliación por Régimen General
13	Ecoopsos EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad de afiliación por Régimen General
14	Salud Total EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	reporte de modificación de la capacidad de afiliación mixto

15	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad de afiliación por Régimen General
16	Sura EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad de afiliación por Régimen General
17	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad geográfica y poblacional por Régimen General
18	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad geográfica y poblacional por Régimen General
19	Sura EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	modificación de la capacidad de afiliación aumento poblacional
20	Famisanar EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Modificación de la capacidad geográfica y poblacional
21	Sura EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	la entidad solicita ampliación de capacidad de afiliación en municipios de Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Risaralda, Santander, Valle del Cauca.
22	Nueva EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Modificación de la capacidad en régimen contributivo y subsidiado (poblacional y geográfica)
23	Aliansalud EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	ampliación de la capacidad de afiliación poblacional
24	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Modificación de la capacidad en régimen contributivo (geográfica)
25	Anas Wayuu EPSI	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	ampliación de la capacidad de afiliación poblacional
26	Comfaorienta EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	ampliación de la capacidad de afiliación poblacional
27	Pijaos Salud EPSI	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	ampliación de la capacidad de afiliación geográfica
28	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	ampliación de la capacidad de afiliación geográfica Régimen subsidiado
29	Pijaos Salud EPSI	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Redistribución de la capacidad de afiliación
30	Saludmia EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad poblacional por Régimen General

31	Comfaorienta EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad poblacional por Régimen General
32	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad poblacional por Régimen General
33	Sanitas EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad tipo redistribución por Régimen General
34	Compensar EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad poblacional por Régimen General
35	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad geográfica por Régimen General
36	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad geográfica por Régimen General régimen contributivo
37	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad geográfica por Régimen General régimen contributivo
38	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Notificación modificación de capacidad geográfica por Régimen General régimen subsidiado
39	Sura EPS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Modificación de la capacidad poblacional
40	Mutual Ser EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Modificación de la capacidad en régimen contributivo (geográfica)
41	Coosalud EPSS	Modificación de Capacidad de Afiliación EPS - Régimen General (MCA-EPS-RG)	Modificación mixta (geográfica, poblacional)

34. Informe para todas las EPS tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, con medida o sin medida de vigilancia especial, del reporte de los siguientes indicadores con componente técnico científico, para los periodos de 31 de diciembre de 2019 y junio 30 de 2020 debidamente reportados por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud, así mismo enviar documentos (Archivo en Excel con información equivalente a números), con los respectivos soportes que acrediten dicho cumplimiento, en tal sentido se debe acreditar en el documento respaldo, lo siguiente:

En el ejercicio de la Supervisión Basada en Riesgos y en particular de la Evaluación de la Gestión del Riesgo en Salud de EPS, se realiza el análisis anual de indicadores con base en información suministrada por fuentes oficiales administradas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), el Instituto Nacional de Salud y la Cuenta de Alto Costo, como la siguiente:

- Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del MSPS.
- Algunos de los cubos administrados por el Sistema Integral de Protección Social (SISPRO), entre los cuales se destacan: Registro Único de Afiliados (RUAF) en su módulo de Nacimientos y Defunciones (ND), Registros Individuales de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS), eventos de interés en salud pública, Estadísticas Vitales, y Grupos etéreos.
- Reportes de la Resolución 4505 de 2012 del MSPS.
- Reportes de la Resolución 256 de 2016 del MSPS.
- Indicadores de gestión del riesgo en cohortes de alto costo administrados por la Cuenta de Alto Costo (CAC).
- El Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) administrado por el Instituto Nacional de Salud.

Adicionalmente, la Superintendencia Nacional de Salud realiza un análisis de las PQRD recibidas contra las EPS, en el cual se analiza la variación porcentual de cada una de las EPS en periodos comparables de manera general, así mismo, son analizados los principales motivos relacionados con barreras en la atención por departamentos, medicamentos, aquellas reclamaciones con seguimiento a fallo judicial, gestantes, alto costo, patologías y demás atributos de especial protección.

También se realiza una verificación del comportamiento del cierre de cada una de las reclamaciones, estableciendo la cantidad de días entre su radicación y su solución de fondo para verificar el cumplimiento de los términos establecidos en la Circular Externa Única 047 del 2007 modificada por la Circular Externa 008 de 2018 que otorga 2 días para las PQRD con riesgo de vida y 5 para las regulares.

Así mismo se utiliza el cálculo de tasa el cual permite a este ente de control identificar de manera objetiva la posición de las diferentes EPS en relación con sus PQRD frente a su número de afiliados.

Dicha tasa se puede calcular de manera mensual o acumulada ((X) Número PQRD / (X) Número o Promedio de Afiliados) por cada 1.000 o 10.000 afiliados.

No obstante, informamos que el siguiente enlace puede consultar las estadísticas de la Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias –PQRD, publicadas en la página web de nuestra entidad. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Protecci%C3%B3n%20al%20Usuario/reportes-de-peticiones-quejas-reclamos-o-denuncias.aspx>.

Finalmente, con respecto a los indicadores de red y cobertura de las EPS se envían en los documentos adjuntos.

35. Respecto a los indicadores Fénix, explicar de forma detallada y clara ¿Qué son? ¿Para qué sirven? ¿Cuántos son? ¿Qué norma los regula? ¿una vez impuestos como se calculan? ¿Son todos iguales para todas las EPS? ¿Hay algún límite para su imposición? ¿Cuál es la finalidad de cada uno?

¿Qué son? Es una herramienta que facilita el seguimiento a las entidades bajo medidas especiales. Cabe mencionar que los indicadores definidos allí, no son los únicos con los que se le hace seguimiento a las EPS, ya que aunque se encuentren bajo una medida especial siguen siendo supervisadas desde el cumplimiento de condiciones de habilitación y desde una visión de riesgos.

Adicionalmente se aclara que el Sistema de Control y Gestión de Medidas Especiales - Fénix es una plataforma que actualmente adopta algunos indicadores del sistema de gestión de calidad de las EAPB los cuales ya se encuentran definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o a través de entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y reportes de información exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud mediante Circulares Externas.

¿Para qué sirven? Sirven para hacer seguimiento a la implementación de los planes de acción de las entidades que se encuentran bajo medida especial.

¿Cuántos son? Varían en cantidad de acuerdo con los hallazgos que originaron la medida de cada entidad.

¿Qué norma los regula? El Sistema de Gestión y Control de Medidas Especiales - Fénix está definido por la Resolución 5917 de 2017 Por medio de la cual se adoptan los indicadores y formatos del "Sistema de Gestión y Control de las Medidas Especiales — FÉNIX" y los diferentes indicadores que monitorean la calidad. Se encuentran definidos en la Resolución 256 de 2016 por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud; en cuanto a los indicadores definidos para el seguimiento de los componentes administrativo y financiero, estos se miden a partir de las cifras financieras reportadas por las entidades, en cumplimiento de la Circular Externa 016 de 2016 y los marcos normativos definidos por la Ley 1608 de 2013 y Ley 1438 de 2011, su definición es utilizada como herramienta que permiten medir e interpretar la estabilidad, gestión y capacidad de las entidades sujetas a acciones y medidas especiales en cuanto a su nivel de endeudamiento, liquidez, generación de rendimientos, eficiencia en los procesos administrativos de utilización de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, permitiendo realizar un análisis individualizado de la realidad financiera de cada entidad y que facilitan adelantar un proceso comparativo desde el punto de vista financiero y de gestión con otras entidades del sector salud.

El Decreto 2462 de 2013, dispuso en su artículo 26, las funciones de la Superintendencia Delegada de Medidas Especiales, entre otras así:

"1. Realizar, por instrucción del Superintendente Nacional de Salud, la toma de posesión y la correspondiente intervención forzosa de las entidades vigiladas que cumplan funciones de administración, explotación u operación de monopolios rentísticos, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios o las que hagan sus veces y los Prestadores de Servicios de Salud de cualquier naturaleza y la intervención técnica y administrativa de las Direcciones Territoriales de Salud, en los términos que señale la ley y los reglamentos.

2. Coordinar e impartir los lineamientos para realizar el seguimiento y monitoreo a las entidades que estén sometidas a acciones y medidas especiales."

"(...) 7. hacer seguimiento al cumplimiento de los derechos de los afiliados y sobre los recursos del Sector Salud en los eventos de liquidación voluntaria de los sujetos vigilados, en coordinación con las demás dependencias competentes."

A su vez, el Decreto 2462 de 2013 dispuso en su artículo 27, las funciones de la Dirección de Medidas Especiales para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, entre otras así:

"1. Asistir al Superintendente Delegado en la realización de la toma de posesión y la correspondiente intervención forzosa de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB o las que hagan sus veces y las entidades que cumplan funciones de administración, explotación u operación de monopolios rentísticos.

2. Realizar el seguimiento y monitoreo a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, o las que hagan sus veces y a las entidades que cumplan funciones de administración, explotación u operación de monopolios rentísticos, que estén sometidas a acciones y medidas especiales, con el marco de sus competencias."

"(...)5. Realizar seguimiento al cumplimiento de los derechos de los afiliados y sobre los recursos del Sector Salud en los eventos de liquidación voluntaria por parte de las entidades vigiladas de su competencia."

Y de acuerdo con lo previsto en la Ley 1122 de 2007, modificada por la Ley 1151 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1753 de 2015; el seguimiento y monitoreo respecto de la prestación de servicios de la salud, los derechos de los usuarios y los recursos de la salud.

A lo anterior se agregará que mediante la Resolución 2599 de 2016, en su artículo 18, fue establecido que los fines objeto de la medida serán comunicados al Agente Interventor en el acto de designación, y que corresponde al Agente Interventor, Liquidador o Contralor designado y posesionado, deberá presentar a más tardar en el

mes siguiente a su posesión los documentos de propuesta de: a) plan de trabajo, con presupuesto, por actividades; b) cronograma de actividades; y c) indicadores de gestión por actividades.

A efecto de presentar estos documentos para su evaluación y aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se desarrolló el "Sistema de Gestión y Control de las Medidas Especiales — FÉNIX", herramienta dentro de la cual el agente interventor, liquidador o contralor designado y posesionado debe presentar los documentos anteriormente descritos.

Que la Ley 489 de 1998, en sus artículos 9, 10, 11 y 12, reglamenta lo correspondiente a la delegación de funciones de las autoridades administrativas a sus colaboradores, así:

“Artículo 9.- Delegación. Las autoridades administrativas, en virtud de lo dispuesto en la Constitución Política y de conformidad con la presente Ley, podrán mediante acto de delegación, transferir el ejercicio de funciones a sus colaboradores o a otras autoridades, con funciones afines o complementarias.

Sin perjuicio de las delegaciones previstas en los organogramas, en todo caso los ministros, directores de departamento administrativo, superintendentes, representantes legales de organismos y entidades que posean una estructura independiente y autonomía administrativa podrán delegar la atención y decisión de los asuntos a ellos confiados por la ley y los actos orgánicos respectivos, en los empleados públicos de los niveles directivo y asesor vinculados al organismo correspondiente, con el propósito de dar desarrollo a los principios de la función administrativa enunciados en el artículo 209 de la Constitución Política y en la presente Ley.

Artículo 100.- Requisitos de la delegación. En el acto de la delegación, que siempre será escrito, se determinará la autoridad delegataria y las funciones o asuntos específicos cuya atención y decisión se transfieren.

Artículo 110.- Funciones que no se pueden delegar. Sin perjuicio de los que sobre el particular establezcan otras disposiciones, no podrán transferirse mediante delegación:

1. La expedición de reglamentos de carácter general, salvo en los casos expresamente autorizados por la ley.
2. Las funciones, atribuciones y potestades recibidas en virtud de delegación.
3. Las funciones que por su naturaleza o por mandato constitucional o legal no son susceptibles de delegación.

Artículo 120.- Régimen de los actos del delegatario. Los actos expedidos por las autoridades delegatarias estarán sometidos a los mismos requisitos establecidos para

su expedición por la autoridad o entidad delegante y serán susceptibles de los recursos procedentes contra los actos de ellas.

La delegación exime de responsabilidad al delegante, la cual corresponderá exclusivamente al delegatario, sin perjuicio de que en virtud de lo dispuesto en el artículo 211 de la Constitución Política, la autoridad delegante pueda en cualquier tiempo reasumir la competencia y revisar los actos expedidos por el delegatario, con sujeción a las disposiciones del Código Contencioso Administrativo.

¿Una vez impuestos cómo se calculan? La metodología para el cálculo de los indicadores se encuentra definida en las fichas técnicas de la Resolución 256 de 2016 y en los documentos de referencia definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto, es la misma para todas las EAPB y la Resolución 5917 de 2017; estos son iguales para todas las entidades.

¿Hay algún límite para su imposición? No, se determinan de acuerdo con las causales que originaron la medida y pueden variar en su cantidad.

¿Cuál es la finalidad de cada uno? Existen indicadores que evalúan la gestión administrativa, la gestión financiera, e indicadores que monitorean la calidad en la prestación de servicios.

36. Sírvase entregar un informe con documentos soporte respecto de los siguientes puntos: a. Oportunidad de pago a las IPS y ESE'S en general. b. Oportunidad de pago a las IPS y ESE'S que están en territorios luego de una revocatoria parcial o total de funcionamiento de una EPS

Parte del trabajo que viene adelantando esta Superintendencia para fortalecer la confianza en el SGSSS, ha consistido en la publicación de informes sobre el flujo de recursos de las EPS y de pagos de éstas a las IPS, los cuales puede consultar en la página web, siguiendo el enlace <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>. Adicionalmente, en el mismo sitio se dispuso el reporte de pagos, donde se pueden observar las cifras de pagos de las EPS a sus proveedores de forma dinámica y con el detalle que requerido.

Adicionalmente, con respecto a la distribución de la cartera según la edad de la misma, las cifras se pueden encontrar los informes de cartera que esta Superintendencia publica en su página web, en la sección de “Estudios sectoriales” del siguiente enlace <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>.

Adicionalmente, se adjunta el archivo anexo “Detalle cartera EPS e IPS 2019-2020.xlsx” (que también responde a la pregunta 37) con la información específica.

c. Sumatoria del total del pasivo pendiente por legalizar (Anticipos pendientes por legalizar) de las IPS y ESE'S.

Esta información la encuentra disponible en los informes de cartera que esta Superintendencia publica en su página web, en la sección de “Estudios sectoriales” del siguiente enlace <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>. Adicionalmente, según la información reportada a esta Superintendencia de las cuentas por cobrar de las EPS a las IPS a junio de 2020 esta cifra asciende a un total de casi \$3,4 billones.

- 37. Entregar, todos los documentos que soportan y explican la metodología utilizada para elaborar el informe de la cartera que tienen las EPS por los departamentos del territorio nacional, para este ejercicio es importante conocer el valor de la reserva técnica desagregado por sus componentes, el valor de las cuentas de orden que sustentan parte de la reserva técnica y el valor de las cuentas por pagar de lo NO PBS, para el 30 de junio de 2019, 31 de diciembre de 2019 y 30 de junio de 2020, en este sentido se debe enviar una lista detallada de cada EPS por régimen, desagregada por tercero (IPS y ESE), identificando el departamento, e incluir en este informe el valor de la cuenta de anticipos pendientes por legalizar de las IPS y ESE’S, esta información debe ser entregada en un archivo de Excel con información dentro de las celdas expresadas en número.**

Las diferentes fuentes de información para elaborar el informe de cartera de las EPS se encuentran descritas en los informes de cartera publicados, cuyas fuentes principales corresponden a los archivos que los vigilados reportan a la SNS, específicamente archivos FT001 (Catálogo de información financiera), FT003 (Cuentas por cobrar), FT004 (cuentas por pagar), y al Ministerio de Salud, especialmente SIHO (Sistema de información Hospitalaria) - Cartera por deudor (cuentas por cobrar de las ESE) y el Balance general de las ESE, las cuales son complementadas con información tal como RUES y REPS para la identificación de las entidades. En el archivo anexo “Detalle cartera EPS e IPS 2019-2020.xlsx” encontrará la información detallada por tercero. El departamento de las IPS corresponde al reportado al sistema de habilitación REPS. Para algunas IPS, el número de departamentos donde operan es mayor a 1 y estos son agrupados en la categoría “Varios” mientras que los demás corresponden a IPS con operación exclusivamente en un solo departamento.

Con el fin de detallar la información de cartera entre EPS e IPS en forma individual, se requiere consolidar toda la información de las obligaciones de las EPS con cada uno de sus acreedores identificando para cada uno de estos, en particular, si corresponden a IPS públicas, IPS privadas o de otro sector económico. Así, se debe tomar la información de las diferentes fuentes con el fin de conocer las diferentes perspectivas de la cartera del sector para lo cual se incluye el reporte de cuentas por pagar, cuentas por cobrar y saldo de facturación según Circular 030 de 2013.

ANÁLISIS GENERALES

El informe de cartera corresponde al análisis de las obligaciones pendientes entre los distintos actores del sistema. Debido al alcance del presente análisis, los temas principales que lo componen son los siguientes:

- ✓ Obligaciones pendientes de EPS
- ✓ Cuentas por pagar
- ✓ Saldo ERP Circular 030/2013
- ✓ Cuentas por cobrar de las EPS
- ✓ Cartera por cobrar de IPS
- ✓ Cuentas por cobrar
- ✓ Saldo EBP Circular 030/2013
- ✓ Edad de la cartera entre EPS e IPS
- ✓ Edad de cuentas por cobra
- ✓ Edad de cuentas por pagar
- ✓ Importancia de la cartera en los balances de las IPS (CxC IPS/Activo IPS)
- ✓ Nivel de coincidencia: CxP, CxC y Circular 030
- ✓ Comparación de las reservas técnicas en EPS y las cuentas por cobrar IPS
- ✓ Consistencia del reporte en EPS e IPS

Los diferentes análisis que componen el informe corresponden a la desagregación de los totales de cartera según las diferentes variables de categorización.

ANÁLISIS DE COINCIDENCIA DE LA CARTERA ENTRE EPS E IPS

El objetivo de este análisis es identificar las EPS cuya información de cartera es divergente entre las diferentes fuentes de información, para lo cual se construyen indicadores (coeficientes de variación) con el fin de realizar comparaciones pertinentes entre entidades. Así mismo, se construye un indicador (variabilidad total explicada) que permite medir cuanto contribuye cada EPS a para explicar la divergencia de datos de cartera del sistema.

Es de resaltar, que el presente análisis de coincidencia usa datos que omite información previa al proceso de radicación de cuentas por parte de las IPS y de constitución de reservas técnicas por parte de las EPS por eventos no conocidos, esto con el fin de hacer comparaciones de la cartera radicada y reconocida, motivo por el cual solo es pertinente para identificar discrepancias entre diferentes fuentes de información. En la sección siguiente, se realiza el análisis de cartera teniendo en cuenta el proceso previo y posterior a la radicación de cuentas por parte de las IPS. Para tal fin se calculan las siguientes variables e indicadores:

- (1) Cuentas por pagar EPS
- (2) Saldo factura ERP: Sumatoria Saldo ERP
- (3) Cuenta por cobrar IPS
- (4) Saldo factura IPS

(5) Coeficiente Variación Total: Corresponde a la medida de dispersión relativa de los datos de cartera provenientes de las 4 fuentes diferentes. Se utiliza la desviación estándar y el promedio de (1) Cuentas por pagar EPS, (2) Saldo factura ERP, (3) Cuenta por cobrar IPS, (4) Saldo factura IPS.

(6) Coeficiente Variación EPS: Corresponde a la medida de dispersión relativa de los datos de cartera provenientes de la EPS. Se utiliza la desviación estándar y promedio de (1) Cuentas por pagar EPS, (2) Saldo factura ERP.

(7) Coeficiente Variación IPS: Corresponde a la medida de dispersión relativa de los datos de cartera provenientes de las IPS. Se utiliza la desviación estándar y promedio de (3) Cuenta por cobrar IPS, (4) Saldo factura IPS.

(8) Coeficiente Variación CxP y CxC: Corresponde a la medida de dispersión relativa de los datos de cartera provenientes de los estados financieros de EPS e IPS. Se utiliza la desviación estándar y promedio de (1) Cuentas por pagar EPS, (3) Cuenta por cobrar IPS.

(9) Variabilidad Total Explicada: Es el porcentaje de variabilidad de los datos que es explicada por cada EPS.

ANÁLISIS DE RESERVAS TÉCNICAS Y CUENTAS POR COBRAR

Debido a que la comparación directa entre cuentas por pagar de EPS y cuentas por cobrar de IPS omite la cartera que aún no ha sido radicada por parte de las IPS, en el presente análisis tiene en cuenta tanto las cuentas radicadas como las no radicadas y realiza su comparación con la información de los balances de las EPS.

Con el fin de realizar análisis de las reservas técnicas que realizan las EPS de sus obligaciones conocidas y no conocidas, y realizar comparaciones respecto de las cuentas por cobrar que reportan las IPS, teniendo en cuenta todo el proceso de prestación de servicios, radicación y pago de los servicios prestados a la población asegurada.

Las variables (1) al (6) y (8) se calculan tomando con referencia las siguientes cuentas del archivo FT001:

Nro.	Concepto	AT FT001-01	AT FT001-02	AT FT001-04	AT FT001-07	AT FT001-09
(1)	Reservas técnicas - liquidadas pendientes de pago- servicio de salud (POS)	210608, 210610, 210808, 210810	210508, 210510, 210608, 210610, 210708, 210710	2905100101, 2905100201, 2905100301		241510
(2)	Reservas técnicas - pendientes y conocidas no liquidadas-	240601, 240603	240601, 240603 210511, 210513,	2905050101, 2905050201, 2905050301		

Nro.	Concepto	AT FT001-01	AT FT001-02	AT FT001-04	AT FT001-07	AT FT001-09
	servicios de salud	210611, 210613, 210811, 210813	210611, 210613, 210711, 210713			
(3)	Reserva técnica - obligación pendiente no conocida	240701, 240703	240701, 240703	291005	279022, 279090	279022, 279090
(4)	Administración del Sistema de seguridad social en salud				248101, 248102, 248103, 248104, 248105, 248107, 248108, 248109, 248110, 248111, 248112, 248113, 248114, 248115, 248116, 248117, 248118, 248190	255001, 255002, 255003, 255004, 255005, 255007, 255008, 255009, 255010, 255011, 255012, 255013, 255014, 255015, 255016, 255017, 255018, 255090
(5)	Servicios autorizados				279021	279021
(6)	Proveedores IPS	210502, 210602, 210702, 210802, 210607, 210707, 210507	210502, 210602, 210702, 210802, 210607, 210707, 210507	220510		
(8)	Glosas	210505, 210605, 210705, 210805	210505, 210605, 210705, 210805	220520		

Los demás campos son calculados de la siguiente manera:

(7) Pasivos por Servicios de Salud: Sumatoria de los campos 1 al 6.

(9) Pasivo Total: Total de pasivos de la entidad (cuenta 2 del catálogo de información financiera).

(10) % Pasivo por servicios de salud + glosas: (campo 7 + campo 8)/campo 9.

(11) Total CxC (descontando giro directo): Sumatoria $cxc_{total} - giro_{directo}$ de todas las IPS a la EPS correspondiente. Debe corresponder al mismo valor del campo 3 de la tabla “Coincidencia de información de cartera”.

(12) Radicada: $Cxc_{1a60} + Cxc_{61a90} + Cxc_{91a180} + Cxc_{181a360} + C_{mayor360-giro_{directo}}$.

(13) No Radicada sumatoria de $cxc_{NoRadicada}$.

(14) Pasivos SS/Total CxC: campo 7/campo11.

(15) Pasivos SS + Glosas/Total CxC: campo 7 + campo8/campo11.

En el archivo anexo “**Cartera por tercero EPS e IPS.xlsx**” se encuentra la desagregación por cada EPS e IPS de los pasivos pendientes de pago, teniendo en cuenta las cuentas por pagar y por cobrar de las EPS e IPS.

INFORMACIÓN DE RESERVAS TÉCNICAS

A continuación, se presenta las cifras de reservas técnicas e inversiones que las respaldan. Esta información proviene del archivo FT001 de la SNS, razón por la cual no tiene tercero asociado y corresponde a cuentas consolidadas de cada EPS. De igual manera, puede presentar diferencias con lo reportado por las EPS en sus cuentas por pagar archivo FT004 desagregado por tercero, ya que no todas las reservas técnicas tienen un tercero asociado por corresponder a una estimación de los servicios causados, pero no reportados por las IPS.

cifras en millones de \$

Nit	Razón Social	JUNIO 2019		DICIEMBRE 2019		JUNIO 2020	
		Reservas	Inversiones	Reservas	Inversiones	Reservas	Inversiones
800088702	EPS SURA.	502.124	374.281	582.247	402.403	743.819	691.403
800130907	SALUD TOTAL SA	678.252	827.549	715.836	840.743	581.375	1.070.615
800251440	SANITAS S A	525.528	305.585	560.260	360.302	624.085	454.312
804002105	COMPARTA	267.218	-	609.783	-	767.389	-
805000427	COOMEVA	940.273	-	1.191.701	-	1.039.442	-
805001157	SOS	148.182	3.649	261.939	1.917	226.044	3.854
806008394	MUTUAL SER	93.642	108.662	209.072	99.757	197.601	177.044
811004055	EMDISALUD	295.039	-	440.978	-	439.252	-
818000140	AMBUQ	286.500	3.279	387.232	2.343	340.800	3.830
830003564	FAMISANAR	386.630	2.337	372.947	69.783	322.925	91.667
830009783	CRUZ BLANCA	345.059	1.201	415.479	-	420.913	0
830074184	SALUDVIDA	800.537	-	825.836	-	883.799	1.792
830113831	ALIANSALUD	50.284	94.570	50.246	105.279	52.222	105.022
860045904	COMFACUNDI	99.883	23.716	166.522	9.555	91.148	18.647
860066942	COMPENSAR	40.535	54.612	175.705	86.440	151.485	62.328
890102044	CAJACOPI ATLÁNTICO	67.569	96.958	67.253	87.451	61.101	56.748
890303093	COMFENALCO VALLE	64.562	5.571	21.645	2.065	24.397	-
890480110	COMFACARTAGENA	164.074	19.076	183.278	19.579	177.309	5.156
890500675	COMFAORIENTE	14.343	6.635	24.208	9.125	27.501	11.507
891080005	COMFACOR	375.607	-	372.190	-	372.190	-
891180008	COMFAHUILA	166.662	1.068	262.943	1.171	280.782	4.963
891280008	COMFANARIÑO	13.524	29	20.730	29	29.428	30
891600091	COMFACHOCO	27.970	12.558	23.188	12.875	18.644	2.783
891800213	COMFABOY	16.399	-	14.767	-	12.554	-
891856000	CAPRESOCA	127.177	-	143.084	-	161.913	3.102
892115006	COMFAGUAJIRA	47.632	783	61.187	787	45.954	1
892200015	COMFASUCRE	35.829	3.924	41.063	2.895	40.119	4.177
89999107	CONVIDA	281.105	100.193	275.765	87.499	257.839	100.106
900156264	NUEVA EPS	1.772.831	444.357	2.043.751	543.465	2.434.677	732.264
900226715	COOSALUD	456.540	-	483.185	-	311.382	178.644
900298372	CAPITAL SALUD	568.575	204.823	525.871	-	453.280	-
900604350	SAVIA SALUD	707.548	7.185	758.830	32.941	685.805	37.234
900935126	ASMET SALUD	793.383	-	904.279	-	903.296	-
901021565	EMSSANAR	638.850	54.294	788.570	5.523	828.636	2.904
901093846	ECOOPSOS	100.396	4.541	99.421	204	88.768	3.754
901097473	MEDIMAS	1.326.609	40.096	1.651.745	-	1.508.448	5.093
900914254	FUNDACIÓN SALUD MÍA	-	-	1.961	324	2.598	-

38. Explicar, ¿Cómo es el análisis de cartera que realizan para escalafonar cuales son las EPS con mayor cartera del país?

El análisis en el tema de cartera incluye diferentes variables, que se pueden examinar a nivel nacional o por departamentos:

- ✓ El monto total, que corresponde a la suma simple de saldos pendientes de pago por EPS.
- ✓ El monto de cartera con vencimientos mayores a 360 días por EPS.
- ✓ El promedio de días de vencimiento de la cartera pendiente de pago.
- ✓ El promedio per cápita de la cartera pendiente de pago. Corresponde a la razón entre el monto total pendiente de pago y el total de afiliados de la EPS.
- ✓ El impacto en los prestadores según el indicador cuentas por cobrar IPS/ activos de la IPS, el cual señala cuán importante es la EPS para todas las IPS acreedoras en general.
- ✓ El impacto en los prestadores según el número de IPS en las que sus cuentas por cobrar a EPS representan más del 30% de sus activos, el cual indica si la EPS tiene impacto en algunos prestadores, independientemente del tamaño de la IPS.

39. De mayor a menor, sírvase a informar sobre las 10 EPS que más han pagado cartera durante lo corrido del año 2020, en consideración a la cantidad de afiliados que cada una tiene.

En atención al requerimiento, es preciso resaltar que para el seguimiento a los pagos que realizan las EPS se pueden remitir al reporte de pagos publicado en la página web de la Supersalud. En este reporte se pueden observar las cifras de pagos de las EPS a sus proveedores de forma dinámica y con el detalle requerido, el cual se puede consultar en la página web, siguiendo el enlace <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>. Se resaltar que esos pagos pueden corresponder a pagos de costos causados durante la vigencia, pasivos pendientes de pago o anticipos sin legalizar.

Adicionalmente, es preciso destacar que de acuerdo con las instrucciones establecidas en la circular externa 17 de 2020, que modificó la 008 de 2020, las EPS deben tener publicado en su página web la relación de todos sus pagos con la fecha de los costos.

Finalmente, se resalta que para cualquier análisis que se realice, el monto de pagos de deudas no se puede evaluar únicamente con respecto a la cantidad de afiliados, sino que hay que tener en cuenta el monto de deuda que tenían a diciembre de 2019 y los pagos que han realizado en relación al valor del costo de servicios y tecnologías en salud que han causado en la misma vigencia. Cabe resaltar que una entidad estable financieramente, con buenas políticas de pago y buenas prácticas de gobierno corporativo y con sistemas de administración del riesgo, tienen menores montos por pagar a sus proveedores.

Por tanto, se debe revisar en contexto la información, debido a que, si una EPS realiza altos pagos de cartera en un momento determinado, esto puede ser indicativo de que históricamente viene incumpliendo sus obligaciones de pago en oportunidad, ha presentado alta moratoria y edades de cartera, entre otros.

40. Respecto de la medición de los indicadores reportados en la plataforma fénix, el cálculo o la metodología de valoración es la misma para todas las EPS, partiendo del hecho de que el indicador sea igual Por favor, describa en un documento de Excel cuál es la metodología usada (ficha técnica del mismo) para cada indicador.

La metodología para el cálculo de los indicadores se encuentra definida en Resolución 5917 de 2017 y las fichas técnicas de la Resolución 256 de 2016 y en los documentos de referencia definidos por el Ministerio de Salud, por lo tanto, de acuerdo al análisis de los hallazgos que dieron origen a la medida especial y a la batería de indicadores definida para los componentes financiero y técnico científico, la metodología para la valoración de los indicadores se fundamenta en la establecida en las fichas técnicas definidas en la citada Resolución 256 de 2016.

A continuación, se relaciona el listado de los indicadores recurrentes para el seguimiento a las medidas:

Componente de salud.

INDICADOR	DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA
Razón mortalidad materna a 42 días	Número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio/ Número total de nacidos vivos * 100.000
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	Número de muertes por desnutrición en menores de 5 años/ Número total de menores de 5 años*100.000
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	Número de muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años/total de menores de 5 años * 100.000
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)	Número de muertes por enfermedad respiratoria aguda en menores de 5 años/total de menores de 5 años * 100.000
Tasa de mortalidad perinatal	Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento/ Número total de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso *1.000
Tasa mortalidad infantil	Número de muertes de menores de 1 año/ Número de nacidos vivos * 1.000 nacidos vivos.
Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa	Número de fórmulas médicas entregadas de manera completa/ Total de fórmulas médicas solicitadas durante el periodo * 100
Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera oportuna	Número de fórmulas médicas entregadas de manera oportuna/ Total de fórmulas médicas solicitadas durante el periodo * 100
Promedio de tiempo de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el POS	Sumatoria del tiempo entre la solicitud de la entrega de medicamentos incluidos en el POS y la entrega efectiva de la totalidad de medicamentos POS prescritos en la fórmula/ Total de fórmulas médicas solicitadas durante el periodo

Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha de inicio de tratamiento y la fecha de diagnóstico de cáncer de mama y el número total de casos de cáncer de mama diagnosticados en el periodo
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la que se asignó la cita de cirugía general y la fecha en la cual el usuario la solicitó /Número total de consultas de cirugía general asignadas
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de medicina general asignadas
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de obstetricia asignadas
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de pediatría asignadas
Pérdida de función renal	Pacientes con HTA y DM sin disminución de la TFG de 5ml/min/1.73m ² en o más en 1 año / Número total de pacientes con HTA y DM.
Porcentaje de captación de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años régimen subsidiado	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de diabetes mellitus reportado/ Número total esperado de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus (3,5%) en el régimen subsidiado * 100
Porcentaje de captación de hipertensión arterial (HTA) en personas de 18 a 69 años en régimen subsidiado	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de HTA reportado/ Número total esperado de pacientes entre 18 a 69 con diagnóstico de HTA (22,8%) en el régimen subsidiado * 100
Porcentaje de esquemas de vacunación en niños menores de 1 año	Número menores de un año a quienes se les aplica tercera dosis de Pentavalente (Fuente PAI WEB) / Número menores de un año reportados.

Porcentaje de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Número de gestantes que ingresan al control prenatal antes de las 12 semanas de gestación/ Total de gestantes
Porcentaje de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	Número de mujeres que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia / Número de mujeres con citología anormal a partir de la realización de la citología. (en zonas apartadas donde el acceso a colposcopia es difícil, se debe demostrar que se realizó la prueba de Lugol (IVSL)
Porcentaje de mujeres con toma de citología cervicouterina	Número de mujeres de entre 25 y 69 años que se ha tomado la citología en el periodo definido/ Total de mujeres entre 25 y 69 años asignadas a la EAPB.
Porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer	Número de nacidos vivos con peso menor a 2.500 gramos al nacer/ Número total de nacidos vivos con la variable peso diligenciada en el certificado de nacido vivo
Porcentaje de pacientes diabéticos controlados	Número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus con hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos seis meses/Número total de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus reportados
Porcentaje de pacientes hipertensos controlados < 60 años	Número de pacientes solo hipertensos < de 60 años con cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mmHg en el último semestre / Número de pacientes solo HTA < 60 años
Porcentaje de pacientes hipertensos controlados >60 años	Número de pacientes solo hipertensos > de 60 años con cifras de presión arterial inferiores a 150/90 mmHg en el último semestre/Número de pacientes solo hipertensos >de 60 años
Porcentaje de tamización bienal con mamografía de mujeres entre los 50 y 69 años	Número de mujeres de 50-69 años que cuentan con mamografía en los últimos 2 años / Total de mujeres entre 50-69 años que fueron asignadas
Porcentaje de tamización para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en gestantes	Número de gestantes con toma de prueba de Elisa para VIH durante el control prenatal/Número total de gestantes reportadas
Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	Número de casos nuevos de cáncer de cérvix en estadio invasivo/ Número total de mujeres afiliadas * 100.000
Tasa incidencia de Sífilis Congénita	Número de casos nuevos de sífilis congénita/ Total de nacidos vivos en el periodo * 1.000 nacidos vivos

Componente administrativo y financiero.

Componentes	Indicador	Metodología
	Calidad del Activo: Comportamiento de las Cuentas por Cobrar mayor a 180 días	CxC > a 180 días (sin incluir anticipos) Total Activo
	Cumplimiento Gasto Administrativo Régimen Contributivo	Gtos Admón y Operac. Ingresos por UPC
	Cumplimiento Gasto Administrativo Régimen Subsidiado	Gtos Admón y Operac. Ingresos por UPC
	Índice de Siniestralidad Régimen Contributivo	Total Costos Ingresos por UPC
	Índice de Siniestralidad Régimen Subsidiado	Total Costos Ingresos por UPC
	Rentabilidad: Margen Operacional	Utilidad Operacional Ingresos Operacionales
	Liquidez: Comportamiento de las cuentas por pagar a prestadores y proveedores de servicios de salud	CxP > ó = a 180 días con proveedores y prestadores de servicios de salud Total CxP a proveedores y prestadores de servicios de salud Activo Corriente
	Razón Corriente	Pasivo Corriente
	Porcentaje Recaudo de Cartera (Sin incluir Anticipos)	Recaudo efectivo de cartera del mes reportado Saldo de la cartera mes anterior (sin incluir anticipos)
	Porcentaje de Legalización de Anticipos	Legalización de Anticipos del mes Total anticipos otorgados al corte anterior.

Componentes	Indicador	Metodología	
FINANCIERO	Porcentaje de Radicación de Recobros	Total recobros radicados ante el Ente Territorial y/o Adres del mes reportado Total de recobros identificados o auditados pendientes de radicar al corte anterior.	
	Comportamiento del Deterioro de Cartera	Deterioro de Cartera mayor a 180 días Total de la cartera mayor a 180 días	
	Nivel de endeudamiento		Pasivo Total
			Activo Total
			Obligaciones Financieras
	Comportamiento del Endeudamiento Financiero	Pasivo Total	
	Porcentaje de giro directo de recursos régimen contributivo	Giro Directo a IPS UPC	
Porcentaje de giro directo de recursos régimen subsidiado	Giro Directo a IPS UPC		
ADMINISTRATIVO		Glosa conciliada del periodo	
	Porcentaje de Conciliación de glosa	Glosa causada mes anterior	

41. ¿Qué diferencia existe entre los indicadores para las entidades con medida de vigilancia especial y para los que no se encuentran con esta medida y si estos son de carácter necesario para el control de la funcionalidad de cada EPS?

Cómo se mencionó en la respuesta de la pregunta 9, no hay diferencia en las metodologías de cálculo de indicadores de seguimiento de las EPS, en caso de encontrarse bajo una medida especial. Sobre todas las entidades, independientemente que tengan medida preventiva de vigilancia especial o no, la Superintendencia Nacional de Salud ejerce sus funciones de inspección, vigilancia y control mediante la evaluación y análisis de la operación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

en Salud, desde las Superintendencias Delegadas para la Supervisión Institucional, Supervisión de Riesgos, y para la Protección al Usuario. Para el seguimiento de las entidades vigiladas se realizan evaluaciones cualitativas y cuantitativas, a través de análisis documentales, visitas a las EPS, seguimiento de indicadores, entre otras, en aplicación a la normativa vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La diferencia en el seguimiento de entidades bajo una medida especial radica en que las acciones de supervisión, aunado a todo lo que se siguen a todas las EPS, verifican el avance frente a los puntos específicos sobre los que dieron inicio a la medida. Como se menciona en la respuesta de la pregunta 7 a las EPS que se encuentran bajo una medida especial, se les realiza un seguimiento adicional que tiene como origen los hallazgos por lo que se impone la medida, lo cual se refleja en un seguimiento puntual sobre falencias encontradas en la entidad vigilada que pueden repercutir en el aseguramiento y la prestación del servicio. De forma periódica se realiza el seguimiento y monitoreo a la medida especial adoptada mediante el análisis del comportamiento de los indicadores establecidos encaminados a superar los hallazgos que motivaron la adopción de la medida.

42. ¿Cuáles son los estudios que se han realizado frente al impacto de las revocatorias parciales y totales de las EPS a nivel nacional desde el año 2016, frente a la prestación de servicios y pago de proveedores? Anexar copia de estos, esta información también debe contener relación de PQRS (Clasificadas y efectivamente radicadas ante la Superintendencia Nacional de Salud), abiertas en la EPS receptora posterior a la migración de los usuarios.

Cómo se ha mencionado en anteriores preguntas, esta Superintendencia realiza análisis de forma previa a la toma de decisiones y tiene en cuenta, entre otras, variables como: la concentración de afiliación, concentración de la oferta, la dependencia de los prestadores en dichas entidades, las dinámicas del flujo de recursos, y las necesidades de capital requerido para poder operar en el aseguramiento obligatorio en salud.

Adicionalmente, la Supersalud hace seguimiento y acompañamiento en el proceso de traslados para evitar que la atención de los afiliados se vea afectada por los procesos de reasignación. A su vez, es preciso resaltar que dada la necesidad de contar con capacidad operativa y financiera por las EPS receptoras, es que se ha ido depurando el sistema de aquellas EPS que presentan un riesgo en el sistema de salud, debido al incumplimiento de condiciones financieras o que presentan deficientes resultados en la atención en salud.

Por otra parte, es preciso resaltar que la Superintendencia Nacional de Salud, mensualmente realiza un seguimiento a las PQRD radicadas en las EPS receptoras y formuladas por los usuarios trasladados, como se muestra a continuación:

EPS RECEPTORA	USUARIOS TRASLADADOS	PQRD CERRADAS	PQRD ABIERTAS	TOTAL PQRD	% DE CIERRE DE PQRD
NUEVA EPS	968.011	8.034	125	8.159	98%
COOSALUD	402.029	3.887	143	4.030	96%
CF ATLÁNTICO "CAJACOPI"	279.347	33.315	6	33.321	100%
SALUD TOTAL	189.875	3.025	7	3.032	100%
FAMISANAR	166.765	2.651	2	2.653	100%
MUTUAL SER	376.104	2.168	21	2.189	99%
SANITAS	200.336	2.107	20	2.127	99%
EPS SURA	113.930	2.007	8	2.015	100%
COMPENSAR	76.754	1.815	17	1.832	99%
AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)	45.047	401	1	402	100%
CCF ORIENTE "COMFAORIENTE"	33.689	223	0	223	100%
ALIANSALUD	13.621	198	0	198	100%
COMFENALCO VALLE	4.877	148	6	154	96%
CCF DE LA GUAJIRA	15.668	64	0	64	100%
MALLAMAS (EPS-I)	8.014	49	0	49	100%
FUNDACIÓN SALUD MÍA	5.421	24	0	24	100%
CCF DE NARIÑO	601	22	0	22	100%
EMSSANAR	6.042	12	0	12	100%
ANAS WAYUU (EPS-I)	4.057	5	0	5	100%
TOTAL	2.910.188	30.176	356	30.532	99%

Nota: Se anexa base de datos fuente.

Finalmente, como se mencionó en la pregunta 12, el Centro Nacional de Consultoría llevó a cabo unas encuestas y entrevistas a los afiliados trasladados, resultado de revocatorias parciales y totales, dónde se evidencia una mejoría en la satisfacción como resultado de una mejor calidad y acceso a los servicios de salud ((ver comunicado en <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/90->

por ciento de usuarios consultados dicen que les mejoró la atención al ser trasladados de EPS).

43. Sírvase remitir los informes de atenciones realizadas por cualquier modalidad por las EPS durante los meses de marzo a septiembre de 2020.

Para el análisis de las atenciones en salud de los afiliados al SGSSS, desde la dirección de riesgos en salud se utiliza como insumo la información contenida en el cubo RIPS de SISPRO, el cual es administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social y al que tiene acceso la Superintendencia Nacional de Salud, para consultar información agregada por diferentes de variables disponibles. De acuerdo con la información consultada en el cubo mencionado, se presenta a continuación el resumen de las atenciones para el año 2020:

Total de atenciones y personas atendidas

Mes	Total atenciones	Personas atendidas
Enero	16.363.326	8.264.755
Febrero	16.776.965	8.641.841
Marzo	10.685.617	5.681.721
Abril	6.776.677	3.295.077
Mayo	15.767.782	4.170.478
Junio	13.737.806	4.423.782
Total	80.108.173	18.913.786

Atenciones por tipo de atención y mes (2020)

Año	Mes	ATENCIONES RIPS - POR TIPO DE ATENCIÓN 2020			Total atenciones
		1 - CONSULTAS	3 - URGENCIAS	4 - HOSPITALIZACIONES	
2020	Enero	15.556.154	563.273	243.899	16.363.326
	Febrero	15.931.674	589.265	256.026	16.776.965
	Marzo	9.983.195	470.596	231.826	10.685.617
	Abril	6.287.876	326.526	162.275	6.776.677
	Mayo	14.858.296	587.122	322.364	15.767.782
	Junio	13.078.457	459.293	200.056	13.737.806
	Total	75.695.652	2.996.075	1.416.446	80.108.173

Atenciones por EPS

ATENCIONES POR EPS Y TIPO DE ATENCIÓN - RIPS PRIMER SEMESTRE 2020					
Regimen	NOMBRE EPS	1-CONSULTAS	3-URGENCIAS	4-HOSPITAL	Total Atenciones
CONTRIBUTIVO	NUEVA EPS - RC	11.661.929	287.016	191.545	12.140.490
	MEDIMAS - RC	6.511.462	110.039	62.438	6.683.939
	SALUD TOTAL	5.280.512	370.648	75.812	5.726.972
	FAMISANAR	5.596.211	50.233	76.039	5.722.483
	SURA EPS	5.270.648	373.596	26.751	5.670.995
	SANITAS	4.478.067	89.224	6.068	4.573.359
	COOMEVA EPS	2.445.747	13.259	50.590	2.509.596
	COMPENSAR	1.946.432	63.932	23.136	2.033.500
	S.O.S EPS	747.235	38.739	19.986	805.960
	SALUD MIA	65.884	5.178	1.194	72.256
	ALIANSA SALUD	29.471	11.884	10.892	52.247
	EPM	20.348	1.247	697	22.292
	COMFENALCO VALLE	7.754	5.785	7.768	21.307
Total CONTRIBUTIVO		44.061.700	1.420.780	552.916	46.035.396
SUBSIDIADO	COOSALUD - RS	4.048.387	168.230	74.902	4.291.519
	NUEVA EPS - RS	3.919.123	177.715	96.047	4.192.885
	ASMET SALUD	2.907.022	134.624	93.371	3.135.017
	MUTUAL SER - RS	2.742.745	144.867	55.209	2.942.821
	EMSSANAR	2.440.521	115.725	46.187	2.602.433
	COMPARTA	1.978.299	101.579	49.447	2.129.325
	CAPITAL SALUD	1.743.817	32.182	64.912	1.840.911
	MEDIMAS - RS	1.004.244	36.903	34.629	1.075.776
	COMFAHUILA	997.969	33.680	42.808	1.074.457
	AMBUQ	764.532	80.210	30.022	874.764
	CAJACOPI ATLANTICO	644.039	50.392	14.784	709.215
	CONVIDA	574.073	55.099	27.781	656.953
	SAVIA SALUD	551.452	22.898	13.600	587.950
	COMFAGUAJIRA	335.957	27.621	8.202	371.780
	ANASWAYUJ	296.630	14.580	5.999	317.209
	COMFAORIENTE	294.527	6.774	7.566	308.867
	MALLAMAS	248.036	21.599	13.398	283.033
	A.I.C	262.101	10.123	7.248	279.472
	COMFACUNDI	178.327	5.666	8.134	192.127
	DUSAKAWI	149.531	19.242	5.553	174.326
	COMFACHOCO	120.477	22.822	4.204	147.503
	COMFANARIÑO	94.079	3.855	2.819	100.753
	ECOOPSOS	26.809	5.416	4.201	36.426
COMFASUCRE	12.999	983	370	14.352	
CAPRESOCA	1.410	1	3	1.414	
Total SUBSIDIADO		26.337.106	1.292.786	711.396	28.341.288
Total general		70.398.806	2.713.566	1.264.312	74.376.684

44. Sírvase remitir el informe con corte a 31 de agosto de 2020 de las PQRD que se encontraban abiertas por cada EPS, esta información debe ser remitida en archivo Excel, en valores absolutos y con denominación de celda equivalente a número.

Se adjunta archivo Excel solicitado con las PQRD abiertas desde el 1 de enero 2019 al 31 de agosto 2020 y estado actualizado al 10 de septiembre 2020.

ANEXOS

A continuación, se relacionan los documentos anexos a esta comunicación, los cuales pueden ser verificados en la carpeta que se comparte junto con el presente oficio al correo comision.septima@camara.gov.co

Número Pregunta	Documentos Anexos	Formato	Descripción
9	Anexo_Pregunta9	pdf	INFORME PRELIMINAR DE EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE CAPITAL MÍNIMO Y PATRIMONIO ADECUADO 2019
20	Resolución 0017 de 2020	pdf	Resolución por la cuál se levantan las medidas de limitación de la capacidad para realizar nuevas afiliaciones y para aceptar traslados ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud
22	Radicado 202082301361621_MSPS	pdf	Traslado al Ministerio de Salud y Protección Social de la pregunta relacionada con compra de cartera.
28	1. CATÁLOGOS FINANCIEROS Junio_19_V2	xlsx	Catálogos de información financiera para supervisión para cada vigencia
	1. CATÁLOGOS FINANCIEROS Jun_20_R	xlsx	
	1. CATÁLOGOS FINANCIEROS Dic_19_V2	xlsx	
29	Indicadores financieros EPS	xlsx	Principales indicadores Financieros de las EPS a partir de la información reportada en los catálogos financieros
	Indicador de régimen de inversiones	xlsx	Indicador de régimen de inversiones
	Indicador de Gastos Administrativos	xlsx	Indicador de Gastos Administrativos
	Capital Mínimo y Patrimonio Adecuado	xlsx	Capital Mínimo y Patrimonio Adecuado
	Otros Indicadores	xlsx	Cuentas por Cobra y Deterioro; Inversiones y deterioro; Cuentas embargadas; recuperación cartera no PBS; depósitos judiciales
30	Pregunta 30 - KM y PA Junio 2020	xlsx	Capital mínimo y Patrimonio Adecuado para EPS que incumplen
31	Pregunta 31 Capital Mínimo y Patrimonio Adecuado Últimos 12 meses	xlsx	Pregunta 31 Capital Mínimo y Patrimonio Adecuado Últimos 12 meses

Número Pregunta	Documentos Anexos	Formato	Descripción
33	1.Res. 460 de 2014 -Sanitas EPS	pdf	Resolución de modificación de capacidad de afiliación
	2.Res. 1850 de 2016 -Coomeva EPS	pdf	Resolución de modificación de capacidad de afiliación
	3.Res. 1618 de 2015 -Comparta EPS	pdf	Resolución de modificación de capacidad de afiliación
	4.Res. 4180 de 2014 -Compensar EPS	pdf	Resolución de modificación de capacidad de afiliación
	5.Res. 1158 de 2015 -Famisanar EPS	pdf	Resolución de modificación de capacidad de afiliación
	6.Res. 2778 de 2015 -Nueva EPS	pdf	Resolución de modificación de capacidad de afiliación
	7.Res. 999 de 2014 -AIC EPS-I	pdf	Resolución de modificación de capacidad de afiliación
	8.Res. 2505 de 2014 -Cajacopi	pdf	Resolución de modificación de capacidad de afiliación
	9.Res. 1737 de 2016 -Anaswayu	pdf	Resolución de modificación de capacidad de afiliación
	10.Res. 2379 de 2015 -Cafesalud	pdf	Resolución de modificación de capacidad de afiliación
	1.Concepto Técnico- Sanitas EPS	pdf	Concepto técnico de la modificación de capacidad de afiliación
	2.Concepto Técnico- Coomeva EPS	pdf	Concepto técnico de la modificación de capacidad de afiliación
	3.Concepto Técnico- Comparta EPS	pdf	Concepto técnico de la modificación de capacidad de afiliación
	4.Concepto Técnico- Compensar EPS	pdf	Concepto técnico de la modificación de capacidad de afiliación
	5.Concepto Técnico- Famisanar EPS	pdf	Concepto técnico de la modificación de capacidad de afiliación
	6.Concepto Técnico-Nueva EPS	pdf	Concepto técnico de la modificación de capacidad de afiliación
	7.Concepto Técnico-AIC EPS-I	pdf	Concepto técnico de la modificación de capacidad de afiliación

Número Pregunta	Documentos Anexos	Formato	Descripción
	8.Concepto Técnico- Cajacopi	pdf	Concepto técnico de la modificación de capacidad de afiliación
	9.Concepto Técnico- Anaswayu	pdf	Concepto técnico de la modificación de capacidad de afiliación
	10.Concepto Técnico- Cafesalud	pdf	Concepto técnico de la modificación de capacidad de afiliación
34	CONSOLIDADO RED EPS_RS432019	xlsx	Análisis de red de prestación de servicios- Régimen Subsidiado
	Consolidado Red EPS RC 43-2019	xlsx	Análisis de red de prestación de servicios- Régimen Contributivo
36 y 37	Cartera por tercero EPS e IPS	xlsx	Cartera entre EPS e IPS
42	BASE PQRD RECEPTORAS AL 30 SEP PUNTO 42	xlsx	Base de datos seguimiento a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias- PQRD radicadas en las EPS receptoras
44	PUNTO 44	xlsx	PQRD abiertas por cada EPS con corte 31 de agosto de 2020

Atentamente,

Fabio Aristizábal Ángel.
Superintendente Nacional de Salud.

Elaboró: * *
Copia.: *

Anexos: * *