Doctor

**Henry Fernando Correal**

Honorable Representante a la Cámara

Cámara de Representantes

Ciudad

**Ref**. Respuestas a Proposición No. 20 – Citación debate de control político

Respetado Representante,

En atención a la comunicación del 1 de septiembre de 2021, mediante la cual cita a debate de control político, a continuación, se resuelve el cuestionario allegado:

**CUESTIONARIO**

**1. De los procesos de liquidación que ha adelantado la Superintendencia Nacional de Salud frente las Empresas Promotoras de Salud - EPS, ¿Cuál ha logrado un porcentaje importante de pago de acreencias que pueda considerarse exitoso?**

Durante los últimos diez años dentro de los procesos liquidatorios decretados por la Superintendencia se destaca el caso de las once (11) EPS que presentan un cumplimiento en los pagos superior al 97% de las acreencias reconocidas a terceros, dentro de las cuales se encuentran: Caprecom EICE liquidada (97%), Programa de EPS de la Caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy (100%), Programa de EPS de Comfama (100%), Programa de EPS de la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia (100%), Programa de EPS de la Caja de Compensación Familiar Famisalud – Comfanorte (100%), Programa de EPS de Comfenalco Santander (100%), Programa de EPS de Comfaca (100%), Programa de EPS de Cafam (100%), Programa de EPS Colsubsidio (100%), Programa de EPS de Cajasan (99%), Programa de EPS de Comfaoriente (99%) y Redsalud (100%).

A continuación, se relaciona el detalle de lo enunciado:

**Acreencias con pagos superiores al 97% corte junio de 2021**

**(Millones de pesos)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **EPS** | **Tipo de liquidación** | **Valor reconocido** | **Valor total pagado** | **% Pagos** |
| CAPRECOM EICE | Suprimida y liquidada Gbno. Nal. | 1.743.541 | 1.683.358 | 97% |
| Programa de EPS COMFABOY | Voluntaria | 36.417 | 36.417 | 100% |
| Programa de EPS COMFAMA | Voluntaria | 283 | 283 | 100% |
| Programa de EPS COMFENALCO SANTANDER | Liquidación Forzosa SNS | 2.363 | 2.363 | 100% |
| Programa de EPS COMFACA | Liquidación Forzosa SNS | 9.182 | 8.863 | 97% |
| Programa de EPS COMFENALCO ANTIOQUIA | Liquidación Forzosa SNS | 48.567 | 48.567 | 100% |
| Programa de EPS FAMISALUD COMFANORTE caja | Liquidación Forzosa SNS | 14.356 | 14.356 | 100% |
|  |  |  |  |  |
| Programa de EPS CAJASAN | Liquidación Forzosa SNS | 1.339 | 1.329 | 99% |
| Programa de EPS COMFAORIENTE caja | Liquidación Forzosa SNS | 22.616 | 22.477 | 99% |
| Programa de EPS CAFAM | Voluntaria | 39.031 | 39.031 | 100% |
| Programa de EPS COLSUBSDIO | Voluntaria | 29.096 | 29.096 | 100% |
| REDSALUD | Voluntaria | 6.650 | 6.650 | 100% |
| **Total** | | **1.953.440** | **1.892.790** | **97%** |

Fuente: Delegada de Medidas Especiales SNS.

**2. ¿Cuáles son los criterios utilizados por la Superintendencia Nacional de Salud para calificar a las EPS en el país?**

La Superintendencia Nacional de Salud no califica las entidades, ya que su objetivo misional no es ese. En lugar de una calificación, para poder realizar sus funciones con el fin de proteger los derechos de los usuarios, realiza, entre otras: evaluaciones integrales de las EPS, análisis sectoriales y análisis de indicadores trazadores que permiten la priorización de acciones de supervisión.

El proceso de evaluación integral y seguimiento de las EPS se desarrolla mediante la articulación de análisis de riesgo y cumplimiento, a partir de las fuentes de información oficiales, con las cuales se caracteriza las EPS, teniendo en cuenta dimensiones financieras y técnico científicas. Respecto al riesgo en salud, se evalúa el modelo de atención y gestión del riesgo, y se tiene en cuenta la relación de la estructura poblacional de sus afiliados, sus condiciones de morbi-mortalidad, la gestión del riesgo individual, mediante el cumplimiento de acciones de protección específica y detección temprana; la gestión en lo relacionado con prevención secundaria y terciaria en cohortes de alto costo, y la gestión de la atención en salud por medio de la evaluación de indicadores de monitoreo de la calidad de la atención en salud, junto con el análisis de peticiones, quejas y reclamos interpuestos ante la SNS.

Específicamente, respecto a las acciones de control, se precisa que el Comité de Medidas Especiales antes de sugerir la adopción de una medida especial al Superintendente Nacional de Salud, cuenta con diferentes insumos, herramientas e información para la toma de decisiones de estas medidas: resultados y hallazgos auditorías, metodologías adoptadas para el seguimiento, análisis de información y otras acciones de verificación del cumplimiento de la normatividad vigente y de la gestión del riesgo.

Por otra parte, cabe mencionar que dentro de las herramientas e insumos con los que se cuenta para la toma decisiones, se encuentra un indicador integral de desempeño, 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 y cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia.

Finalmente, cabe notar 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, denominada así en su momento, y cada una desde su competencia conceptúa la situación de cada entidad vigilada 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 las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 y el Decreto Ley 663 de 1993 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en el marco del eje de acciones y medidas especiales, y la función de control.

**3. Informe en qué situación se encuentran los reaseguros de las EPS, frente a los procesos liquidatarios de las mismas, toda vez que la inspección, vigilancia y control le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud.**

De forma preliminar, es preciso señalar que el seguimiento de los procesos liquidatorios de EPS ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud es distinto de la actividad de inspección, vigilancia y control que se cumple frente a actores que efectúan funciones de aseguramiento dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Debe quedar claro que, en el primer caso, lo que se realiza es un seguimiento sobre la actividad de los liquidadores (actos y contratos) preservando, en todo caso, su autonomía.

En el segundo caso, cuando la entidad no está intervenida para liquidar, la actividad de inspección, vigilancia y control se cumple de forma plena e implica, incluso, la posibilidad de adoptar medidas de salvamento y procesos de reorganización institucional. De manera que, cuando una entidad está intervenida para liquidar, la intervención solo permite finalizar la existencia de la persona jurídica y verificar el pago de obligaciones con el cumplimiento de las etapas del proceso liquidatorio. A estos fines se dirige el seguimiento por la Superintendencia.

**4. ¿Cómo están reglamentados los procesos de reorganización empresarial de los entes vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, públicos y privados, e IPS que se han visto afectados por los procesos liquidatarios?**

Se precisa que el Ministerio de Salud y Protección reglamentó los Planes de Reorganización Institucional para las EPS a través del Decreto Único Sectorial. En efecto, en su artículo [2.1.13.9](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65994)[[1]](#footnote-2), fija el procedimiento necesario para su aprobación, para este fin, la Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento de las condiciones técnicas, administrativas y financieras por parte de la EPS resultante para que pueda mantener la habilitación cedida. De igual forma que, esta Superintendencia establecerá las condiciones y requisitos para la presentación del plan de reorganización y la aplicación de las demás disposiciones sobre la materia y deberá evaluar el cumplimiento de las condiciones financieras de permanencia y solvencia, al cierre de cada vigencia fiscal.

Por su parte, el Libro 2, Parte 5, Título 2, Capítulo 2, Sección 1 del ya mencionado Decreto 780[[2]](#footnote-3), establece las condiciones financieras y de solvencia que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud.

Conforme a las citadas disposiciones, esta Superintendencia por medio de la Circular Externa 005 de 2017[[3]](#footnote-4) impartió instrucciones con relación a la escisión, fusión y creación de nuevas entidades en las que se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar, los afiliados y los contratos de prestación de servicios del Plan de Beneficios, precisando que se verificará el cumplimiento de los siguientes requisitos mínimos:

*“ (…)*

1. *Que la entidad o las entidades que ceden sus afiliados tengan, cuando aplique, en los términos señalados en el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016 y sus modificaciones, una participación en la entidad resultante de la reorganización.*
2. *Que la entidad o entidades que ceden sus afiliados, realicen simultáneamente la cesión de activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, a la Entidad Promotora de Salud resultante de la reorganización.*
3. *En el caso de los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar y las organizaciones solidarias habilitadas o autorizadas para operar como EPS, la habilitación se entenderá cedida de manera automática con la presentación del plan de reorganización institucional ante la Superintendencia Nacional de Salud. No obstante, la EPS resultante no podrá operar hasta tanto el respectivo plan sea aprobado en su totalidad.*
4. *En el evento que la aprobación del plan de reorganización implique la transformación de la entidad beneficiaria de la habilitación, la Caja de Compensación Familiar o la organización solidaria deberá solicitarlo, justificarlo y documentarlo de manera expresa en el citado plan, ya sea a título de reforma estatutaria, aprobación de una medida especial o cualquiera otra figura que estime pertinente.*
5. *También podrán ser presentados para aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud procesos de reorganización institucional, a través de los cuales se proponga la creación de nuevas entidades en las cuales no se requerirá que la solicitante tenga participación en el capital de la o las cesionarias de la habilitación o autorización de funcionamiento, siempre y cuando se garantice que los recursos obtenidos como producto de la reorganización, o de la enajenación de la nueva entidad, se destinen a la gestión y pago de las obligaciones a cargo de la solicitante. En estos casos las cesiones, salvo las de habilitación o autorización y traslado de usuarios, podrán ser parciales.*
6. *En los procesos de reorganización institucional previstos en el presente artículo, las entidades podrán presentar una propuesta para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia durante un plazo de cumplimiento de hasta diez (10) años, contados a partir de la aprobación del plan de ajuste que haga la Superintendencia Nacional de Salud.*

*En todo caso, al final del quinto año deberán tener cubierto como mínima el 50% del defecto proyectado al cierre de la primera vigencia fiscal de la operación. Para efectos del cálculo del capital mínimo y el patrimonio adecuado podrán descontar las pérdidas que se presenten al cierre de cada vigencia y ser cubiertas en el periodo de transición restante.*

1. *La entidad o entidades resultantes del proceso de reorganización institucional deberán garantizar la continuidad del servicio y el cumplimiento de las condiciones necesarias para la gestión del aseguramiento, estando en todo caso sujetas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de sus obligaciones como Entidad Promotora de Salud.”*

Lo anterior, sin perjuicio de la evaluación que se realizará frente al cumplimiento de las condiciones financieras de permanencia y solvencia, al cierre de cada vigencia fiscal.

En el caso de la cesión de la habilitación corresponde a la Superintendencia verificar el cumplimiento de las condiciones técnicas, administrativas y financieras por parte de la EPS beneficiaria, para efectos que pueda mantener la habilitación cedida.

Para efectos del cálculo de la capacidad para realizar afiliaciones y efectuar traslados por parte de la EPS beneficiaria, así como para determinar la cobertura geográfica de su habilitación, se tendrán en cuenta todas las habilitaciones o autorizaciones de funcionamiento que concurran en la operación de reorganización. En todo caso, en el evento de persistir saldos, remanentes o recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en aquellas entidades que participen en la reorganización institucional como EPS que cedan su habilitación, activos, pasivos y contratos a la entidad resultante de la misma, deberán incluir en el Plan e informar a la Superintendencia cual será el plan de acción para el manejo y destinación de estos recursos, de conformidad con el marco legal aplicable.

De igual forma, la circular antes mencionada, en sus numerales 1.3.1 y 1.3.2 para escisión y, 2.3.1 y 2.3.2 para fusión, enlista los requisitos generales y específicos que deben ser presentados por el representante legal de las entidades involucradas en los Planes de Reorganización solicitados por EPS.

La reglamentación adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social frente a los planes de reorganización no comprende a las IPS que se han visto afectadas por procesos de liquidación.

**5. A qué suma ascienden las acreencias que corresponden a la canasta COVID-19 y en ese sentido, informe cómo se va a garantizar el pago de dichas acreencias**.

Se precisa que esta Superintendencia no cuenta con la información de acreencias discriminadas por canastas COVID-19 o resto de atenciones; ya que en ejercicio de sus funciones debe continuar velando por el flujo de recursos en el sector relacionado con todas las prestaciones de servicios tanto PBS como NO PBS.

Por lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 5 de la Resolución 1161 de 2020 expedida por Minsalud y el artículo 8 del Decreto Ley 800 de 2020, que adicionó el artículo 20 del Decreto 538 de 2020 se traslada por competencia la solicitud de informar a que suma ascienden las acreencias que corresponden a la canasta COVID-19 y como se va a garantizar el pago de dichas acreencias al Ministerio de Salud y Protección Social.

**6. ¿De qué manera los prestadores pueden revisar la viabilidad de contratación de las EPS, considerando que, al existir EPS con la misma calificación otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud, a algunas se les ordena la intervención forzosa y liquidación aun cuando no cuentan con un puntaje tan deficiente?**

Como se precisó con relación a la pregunta número 2, esta Superintendencia no emite ninguna calificación de las EPS y, en esa medida, de esto no puede depender la adopción de otras medidas como las especiales o preventivas y la toma de posesión.

En relación con el seguimiento, se precisa que, si una EPS se encuentra autorizada para operar, mientras no se encuentre en una medida de seguimiento o medida especial es porque la misma está cumpliendo con las normas del Sistema. En caso contrario, de evidenciarse un incumplimiento, la Superintendencia toma las decisiones de control necesarias para imponer medidas correctivas.

En todo caso, esta Superintendencia dentro de las acciones de inspección y vigilancia para verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, realiza seguimiento a la contratación de las EPS a través del componente administrativo, donde se verifica en contratación se ajuste a las normas vigentes, específicamente lo establecido en el artículo 2.5.3.4.5 del Decreto 780 de 2016 que compiló el Decreto 4747 de 2007, el que establece los requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

*“(…) 2. Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:*

*a. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.*

*b. Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.*

*c. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.*

*d. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.*

*e. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.*

*f. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red. (…)”*

***(…)Parágrafo 3.*** *De los requisitos mínimos establecidos en el presente artículo, tanto los prestadores de servicios de salud como las entidades responsables del pago de los servicios de salud, deberán conservar la evidencia correspondiente.”*

Por otro lado, se debe tener por parte de los prestadores de servicios de salud y de las entidades responsables del pago de los servicios de salud, mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades, como lo determina el artículo 2.5.3.4.6 del Decreto 780 de 2016 condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios.

**7. Si varias EPS tienen unos indicadores negativos, explique la razón por la cual la Superintendencia Nacional de Salud solo dio un ultimátum a Comparta EPS para que realizara el proceso de reorganización, pero con otras EPS no tomó la misma decisión.**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud y las concretas necesidades del aseguramiento hacen que la situación de las EPS no pueda ser equiparada. 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 municipios y departamentos críticos para el aseguramiento; ii) la heterogeneidad en las dinámicas del aseguramiento en cada territorio, 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 alto nivel de riesgo sistémico que comportan, razón por la cual la Superintendencia se ha visto en la obligación de desarrollar un plan estratégico que comprende la implementación de metodologías y sistemas de información que permitan contar con los elementos para actuar con la suficiente certeza.

Este plan tiene como base ejercicios de modelación de escenarios bajo supuestos, que permiten comparar y entender los efectos que tiene el retiro de entidades en cada territorio.

La metodología busca la simplificación del 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.

En línea con lo anterior, al momento de tomar decisiones la Superintendencia analiza varios aspectos como los indicados y el incumplimiento de órdenes impartidas por esta entidad de inspección, vigilancia y control. En esa medida, no es posible estandarizar o unificar el término para determinar la adopción de una medida, toda vez que cada una de ellas debe atender a las condiciones particulares de las entidades vigiladas, según los criterios previamente expuestos y la posibilidad de decretar simultáneamente, incluso, varios instrumentos de salvamento como lo permite el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015.

Aclarados estos puntos sobre la dificultad en la toma decisiones, conviene detenerse en los procesos o planes de reorganización. Y es que, estos no son adelantados oficiosamente por la Superintendencia y son una iniciativa exclusiva de la EPS a través de un trámite individual en el que se les permite a las EPS presentar o desistir de su presentación cuando lo estimen, si esto sucede, la Superintendencia debe comenzar desde cero con la tramitación del mismo y la emisión de un acto administrativo conforme al nuevo contenido de la propuesta de reorganización.

Visto lo anterior, como el trámite depende de la iniciativa y disposición de la EPS para el cumplimiento de los requisitos necesarios, en el trámite de los procesos de reorganización no está prevista la posibilidad de emitir algún ultimátum o apremio para la toma de la decisión. Se trata, al contrario, de los requerimientos para el cumplimiento de requisitos que cualquier autoridad administrativa -y no solo la Superintendencia- puede emitir en virtud del artículo 17 de la Ley 1437 de 2011 como un requisito previo para adoptar un acto de autorización.

**8. ¿Cuáles otras EPS se encuentran en riesgo igual o superior a Comparta EPS? De igual manera, informe en qué estado se encuentran las siguientes EPS: Asmet salud, Ecoopsos, Coomeva, Medimás, Comfamiliar Huila.**

En cuanto a la toma de decisiones y análisis de la situación de riesgo de las EPS, se considera necesario aclarar que el Comité de Medidas Especiales antes de sugerirle una medida al Superintendente Nacional de Salud, cuenta con diferentes insumos, herramientas e información para la toma de decisiones de control, tales como: i) análisis de la información de fuentes disponibles, ii) resultados y hallazgos de las auditorías, iii) informes de los contralores, iv) resultados de otras acciones de vigilancia e inspección encaminadas a la verificación del cumplimiento de la normatividad vigente y de la gestión del riesgo, v) las acciones. Respecto a las acciones que hacen las entidades para subsanar los problemas, incumplimientos y controlar los riesgos latentes, allí cobra mucha relevancia la intención y garantía de la capitalización de recursos y del cambio en el modelo de atención en salud.

Por otra parte, se señala que el riesgo latente que se le materializó a la EPS Comparta está en el componente financiero. El defecto de capital mínimo ($433 mil millones) es 16 veces el inicial y el defecto de patrimonio adecuado es 4,5 veces su margen de solvencia. No hay otra EPS activa con un deterioro de más de 16 veces al defecto inicial; entre diciembre de 2018 y abril de 2021 Comparta fue la entidad con el mayor detrimento patrimonial, pasó de tener un patrimonio de $69,7 mil millones a uno negativo de -$479,6 mil millones, lo que implica una variación patrimonial de -787%. Por otra parte, en cuanto a la liquidez, el indicador de disponible sobre activos muestra que también fue la entidad que registró la mayor caída, pasando de 35,9% a 12,3% en este mismo periodo analizado.

Adicionalmente, la red de servicios reportada por parte de la entidad demuestra grandes falencias en el cubrimiento de medicamentos, reportando apenas 3 contratos con cobertura para municipios del departamento del Cesar, únicamente. Además de no reportar contratados servicios relacionados con la atención de pacientes oncológicos (Dermatología, Oftalmología y Ortopedia Oncológica, Radioterapia y Oncología Pediátrica) y trasplante.

Este hallazgo aunado al riesgo financiero, y en el corto y mediano plazo se traduce en un riesgo para los afiliados y proveedores, tales como los siguientes:

* Razón de mortalidad materna es de 71 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, por encima del nivel nacional que es de 66,1.
* La tasa de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por desnutrición, Comparta supera la tasa presentada a nivel nacional, con un aumento en la brecha para el año 2020.
* Deficiencias en las actividades para la detección temprana del cáncer de mama; entre el 2018 y 2020, la proporción de mujeres a quienes se les realiza la mamografía se encuentra por debajo del 10%, mientras que a nivel nacional se supera el 20% desde el año 2019.
* Deficiencias en las actividades para la detección temprana del cáncer de cuello uterino; entre el 2016 y 2020, la proporción de mujeres a quienes se les realizó la colposcopia cumpliendo el estándar de oportunidad (< 30 días) es menor al 3%, mientras que a nivel nacional superamos el 10%.
* Baja cobertura en las actividades de protección específica y detección temprana en el grupo poblacional de jóvenes y adultos. Por ejemplo, para el año 2020, la proporción de personas con consulta del adulto es inferior al 10% para Comparta, mientras que a nivel nacional se logran coberturas por encima del 20%.
* Falencias en el seguimiento del binomio madre-hijo, por ejemplo, se evidencian falencias en la identificación y tratamiento de las gestantes con sífilis gestacional, a nivel nacional, para el último trimestre de 2020, Comparta logra tratamiento completo al 60,5% de las gestantes con sífilis gestacional, lo cual se refleja en el incremento de la incidencia en los últimos años. Para el VI periodo epidemiológico del presente año (a 19 de junio de 2021), se registraron 45 casos de sífilis congénita.

Aunado a lo mencionado anteriormente, ninguna de las otras EPS activas a la fecha presenta un comportamiento reiterativo de inoportunidad y falta de reportes de información a esta entidad. Esto representa un riesgo para el sector, ya que dificulta la evaluación integral y comparación de la entidad frente a los comportamientos del sector.

Respecto al estado en que se encuentran las EPS Asmet Salud, Ecoopsos, Coomeva, Medimás y Comfamiliar Huila, informamos lo siguiente frente a la situación actual de cada una de ellas.

Entidad: ASMET SALUD EPS SAS

Tipo de Medida: vigilancia especial

Mediante Resolución 11263 del 5 de diciembre de 2018, la Superintendencia Nacional de Salud ordenó la medida preventiva de vigilancia especial, la cual se ha venido prorrogando hasta el 5 de diciembre de 2021.

La EPS con corte a julio de 2021 posee un total de 1.944.208 afiliados activos reportados ante la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, de los cuales 1.864.487 usuarios son afiliados al régimen subsidiado y 79.721 afiliados al régimen contributivo por movilidad, esta EPS hace presencia en 20 departamentos del país.

De acuerdo con el seguimiento y monitoreo a la medida de vigilancia especial, se han venido identificando falencias en los procesos de atención a la población afiliada relacionados con restricción en el acceso a los servicios de salud como falta de oportunidad en la entrega de medicamentos NO PBS y falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica general.

El comportamiento de los indicadores del componente técnico científico a junio de 2021 presenta los siguientes hallazgos: el 32,57% de pacientes diabéticos se encuentran controlados, es decir, acceden oportunamente a los medicamentos y tecnologías para su tratamiento; el 40,62% de las mujeres entre 25 y 65 años han accedido a la toma de citología cervicouterina; el 36,76% de mujeres entre los 50 y 69 años han accedido a tamización bianual con mamografía y los resultados de los indicadores de gestión del riesgo presentan incumplimiento en cuenta a cobertura y gestión para los programas de promoción y prevención como detección de cáncer cérvico uterino, detección cáncer de mama, detección alteraciones durante el embarazo.

Ahora, producto del análisis al comportamiento de los indicadores del componente financiero se ha identificado el aumento negativo del patrimonio durante el periodo 2018 a julio de 2021, es decir, la entidad no ha mejorado su situación financiera, presenta incumplimiento al plan de capitalización, desequilibrio de la operación corriente e incumplimiento de las condiciones financieras requeridas.

Respecto del cierre de la vigencia 2020 y corte junio de 2021, se destaca que el mecanismo de presupuestos máximos ha sido deficitario para financiar los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, teniendo incidencia en la pérdida operacional registrada.

Frente a la evaluación y seguimiento del componente jurídico, la entidad a julio de 2021 ha sido notificada de 388 acciones de tutela en salud y 7 incidentes de desacato, presenta una

cuantía total de procesos judiciales notificados en contra por $314.692.496.124, de estos se detalla un total de procesos jurídicos fallados en contra (en firme) por $23.383.585.

Entidad: ECOOPSOS EPS SAS

Tipo de Medida: vigilancia especial

La Superintendencia Nacional de Salud ordenó medida preventiva de vigilancia especial a Ecoopsos EPSS, mediante la Resolución 11464 del 12 de diciembre de 2018, la cual se ha visto prorrogada hasta el 12 de diciembre de 2021.

Ecoopsos EPS presenta un total de 330.755 afiliados activos, con una distribución en el régimen contributivo de 17.222 usuarios y de 313.533 afiliados en el régimen subsidiado reportados en la BDUA al 31 de julio de 2021. Se encuentra presente en 136 municipios y 8 departamentos.

De acuerdo con el seguimiento y monitoreo a los indicadores del componente técnico científico se ha identificado que, a junio de 202,1 la entidad presenta un incremento en la tasa incidencia de Sífilis Congénita y una tasa elevada de mortalidad perinatal. Así mismo, se identifican coberturas bajas de acceso al servicio de toma de citología cervicouterina y no está garantizando al total de sus afiliados la entrega oportuna de medicamentos incluidos en el POS.

En cuanto al seguimiento y monitoreo a los indicadores del componente financiero a junio de 2021, la entidad presenta unos activos que solo cubren el 51% de los pasivos, situación que afecta directamente la estabilidad en la prestación del servicio de salud. Por otra parte, la entidad reporta un patrimonio negativo de $61.655 millones, un defecto de capital mínimo de $71.704 millones, un defecto del patrimonio adecuado de $86.243 millones, incumpliendo con las condiciones financieras y de solvencia.

Respecto al comportamiento de los indicadores del componente jurídico se informa que la entidad presenta una leve disminución en la interposición de acciones de tutela en comparación a lo reportado para el mismo período del 2020; las tutelas certificadas al corte corresponden el 53% a tutelas PBS y el 47% a tutelas NO PBS. Frente a los trámites incidentales por incumplimiento de las órdenes dadas por los despachos judiciales en las acciones de tutela se encuentran registrados 199 en contra de la entidad.

Por otro lado, la entidad con corte a junio de 2021 presenta como cuantía de procesos jurídicos notificados en contra la suma de $39.045 millones.

Entidad: COOMEVA EPS S.A.

Tipo de medida: Toma de posesión de los bienes, haberes y negocios.

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución 006045 del 27 de mayo de 2021, ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios de Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A., por el término de dos (2) meses; esta medida se prorrogó mediante Resolución 202151000125056 del 27 de julio de 2021, por el término de dos (2) meses más, es decir, hasta el 27 de septiembre de 2021.

La EPS Coomeva posee un total de 1.343.099 afiliados activos reportados ante la BDUA a julio de 2021, de los cuales 1.041.044 usuarios son afiliados al régimen contributivo y 302.055 afiliados al régimen subsidiado por movilidad, esta EPS hace presencia en 21 departamentos del país.

Del seguimiento y monitoreo a la medida ordenada, se resalta que a 9 de julio de 2021, la EPS cuenta con 991 contratos, de los cuales el 12,6% se encuentran en estado restringido o cerrado, lo cual genera un riesgo para la EPS y para los afiliados; así mismo, se identifica que la principal causa de cierre de los servicios obedece a la inoportunidad en los pagos que debe realizar la EPS a los prestadores.

En este contexto, al analizar la información por servicios de salud afectados por las restricciones o cierre de servicio, preocupa que se ha presentado esta situación en los servicios básicos, los cuales son la puerta de entrada a la ruta de atención y que está directamente relacionado con la gestión de riesgo de la población; esta misma situación se viene presentando con los prestadores encargados de atender la población con cáncer, salud mental y partos y cesáreas, lo cual afecta a población vulnerable.

Evaluado el componente financiero, la EPS como estrategia de recuperación financiera decidió acogerse a los plazos y tratamiento financiero especial, en el marco del artículo 4 del Decreto 2117 de 2016, incorporado en el Decreto 780 de 2016. En consecuencia, para el periodo de junio de 2021 el defecto de Capital Mínimo y Patrimonio Adecuado ha aumentado, presentando incumplimiento de estos indicadores en los porcentajes establecidos en el Plan de Ajuste Financiero para su recuperación; aprobado mediante Resolución 011687 del 20 de diciembre de 2018.

Respecto al comportamiento de los indicadores del componente jurídico se informa que la entidad presentó en el periodo comprendido entre el 8 de mayo al 31 de julio de 2021 la cantidad de 2.516 acciones de tutela notificadas en contra de la EPS. Reporta la existencia de 3.170 procesos en los cuales es parte, de los cuales 2935 se constituye como demandante y en 235 actúa como parte demandante, por $ 1.331.267 millones.

Entidad: MEDIMÁS EPS SAS

Tipo de medida: vigilancia especial

La Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 5163 del 19 de octubre de 2017, ordeno medida preventiva de vigilancia especial a Medimas EPS SAS, la cual se ha prorrogado de manera sucesiva hasta el 9 de febrero de 2022

Medimas EPS con corte a julio de 2021 tiene un total de 1.599.075 afiliados activos, con una distribución en el régimen contributivo de 658.857 usuarios y en el régimen subsidiado de 940.218 incluyendo afiliados por movilidad reportados en la BDUA al 31 de julio de 2021, presente en 14 departamentos y 212 municipios.

Frente al seguimiento de los indicadores del componente técnico científico a julio de 2021 se evidenció que los eventos notificados ante el Sivigila demuestran que la EPS presenta dificultades para garantizar al binomio madre e hijo, el acceso oportuno a los servicios de salud para sus afiliados, incumplimiento en los indicadores de mortalidad materna y sífilis congénita.

Así mismo, la EPS posee debilidades en la implementación de programas de detección temprana del cáncer de cérvix y mama, reflejadas en las bajas coberturas de toma de citología cervicouterina y tamización con mamografía; estas deficiencias se presentan en ambos regímenes de afiliación y vienen impactando en el resultado de indicadores que reflejan la materialización del riesgo.

Frente al componente financiero, Medimás EPS continúa incumpliendo con lo aprobado en el Plan de Reorganización Institucional, al no cumplir con las condiciones financieras y de solvencia, se evidencia un déficit al corte mayo de 2021 para capital mínimo de $663.444 millones y patrimonio adecuado por $323.48 millones y capitalizaciones por $534.262 millones, el 44% de lo planteado en el Plan de Reorganización Institucional de $1.6 billones entre el 2017 y 2023. En este mismo contexto, en el seguimiento realizado a la aplicación de la metodología del cálculo de las reservas técnicas, se identifica que la información reportada carece de calidad y consistencia mínima solicitada; así mismo, la vigilada ha realizado cambios metodológicos no autorizados por esta superintendencia, incumpliendo las previsiones atinentes a las reservas técnicas a las cuales hace alusión el artículo 2.5.2.2.1.9 del Decreto 780 de 2016.

De acuerdo con la evaluación del componente jurídico, se identifica que, para el periodo comprendido entre enero a julio de 2021, presenta un acumulado de 3.467 acciones de tutela en salud notificadas en su contra, de las cuales 2.144 fueron por servicios PBS y 1.323 por servicios NO PBS. Los principales motivos específicos de interposición de acciones de tutela en salud presentadas en contra durante enero a julio del 2021 corresponden a: Integralidad, consultas, medicamentos, procedimientos, entrega de insumos, servicios de apoyo diagnóstico, atención domiciliaria, referencia y contra referencia y apoyo terapéutico.

Por otra parte, Medimás EPS con corte a julio de 2021 tiene activos 1.149 procesos judiciales los cuales ascienden a una cuantía de $899.564.494 miles.

Entidad: PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE COMFAMILIAR HUILA

Tipo de Medida: vigilancia especial.

La Superintendencia Nacional de Salud ordenó medida de vigilancia especial al PROGRAMA DE SALUD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA “COMFAMILIAR”, mediante la Resolución 4706del 26 de abril de 2019, la cual se ha prorrogado hasta el 26 de febrero de 2022.

La EPS presenta un total de 551.551 afiliados activos, con una distribución en el régimen contributivo de 32.128 usuarios y de 519.385 afiliados en el régimen subsidiado, reportados en la BDUA al 31 de julio de 2021, presente en 108 municipios y 2 departamentos.

Frente al seguimiento de los indicadores del componente técnico científico a junio de 2021, presenta debilidades en la implementación de acciones de detección temprana y protección específica para la reducción de riesgos en las gestantes y en los recién nacidos, así como en el porcentaje de gestantes con captación temprana al control prenatal. Así mismo, se evidencia el riesgo de personas que padecen alguna de las enfermedades precursoras más relevantes para enfermedad renal crónica, como son la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus en los siguientes indicadores: porcentaje de pacientes diabéticos controlados y porcentaje de pacientes hipertensos controlados mayores de 60 años.

En cuanto al seguimiento y monitoreo al componente financiero, la entidad ha presentado incumplimiento reiterado de las condiciones financieras y de solvencia. Al 30 de junio de 2021, el total de activos se han cuadruplicado, siendo aún insuficientes para cubrir los pasivos que se han duplicado durante el mismo periodo, manteniendo niveles de endeudamiento total elevados. La relación pasivo total/activo total es del orden de 8 al corte de junio de 2021.

Respecto al comportamiento de los indicadores del componente jurídico, la entidad con corte a junio de 2021 ha sido notificada de 417 acciones de tutela en salud, de las cuales 185 pertenecen a eventos PBS y 232 corresponden a eventos NO PBS. Adicionalmente, ha sido notificada de 12 incidentes de desacato y de procesos judiciales que ascienden a $112.491 millones.

**9. Teniendo en cuenta que SaludCoop EPS contaba con diferentes activos y recursos económicos los cuales ya han sido entregados o vendidos, informe ¿Por qué las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no han recibido valor alguno respecto de esta acreencia?**

Para dar respuesta a esta pregunta, en primer lugar, resulta preciso señalar que el proceso liquidatorio de SaludCoop EPS en liquidación, se encuentra aún vigente, lo cual indica que el Liquidador continúa realizando pagos a los prestadores de servicios de salud. Esto condicionado a la disponibilidad de recursos económicos obtenidos como producto de la venta de activos fijos y el cobro de cartera.

Para dar un panorama general del cumplimiento de pago de acreencias de SaludCoop EPS en liquidación, se presenta la siguiente información:

**Estado de acreencias de SaludCoop EPS en liquidación corte junio de 2021**

**(Millones de pesos)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Clase de acreencias** | **Valor reclamado** | **Valor reconocido** | **% Reconocimiento** | **Valor Pagado** | **% Pagado** |
| Sumas excluidas de la masa | 346.307 | 199.271 | 58% | 199.271 | 100% |
| Laborales | 36.656 | 17.244 | 47% | 15.251 | 88% |
| Prestadores de servicios de salud | 4.509.565 | 1.348.494 | 30% | 431.676 | 32% |
| Otras acreencias oportunas | 3.748.748 | 1.700.877 | 45% | 40 | 0,00% |
| Acreencias extemporáneas | 145.820 | 57.133 | 39% | 11 | 0,02% |
| **Total** | **8.787.096** | **3.323.019** | **38%** | **646.249** | **19%** |

Fuente: Delegada de Medidas Especiales SNS.

Como se puede advertir en la tabla que precede, la EPS se encuentra actualmente cancelando las acreencias de clase B (prestación de servicios de salud), manteniendo la regla de prelación de pagos, según lo establecido por el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016. Sobre estas, de $1.348.494 millones reconocidos, ha pagado $431.676 millones, equivalente al 32% del total de reconocimiento por esta clase de créditos.

Ahora bien, a fin de tener una idea aproximada del alcance del pago total de acreencias de la EPS, conviene señalar a cuánto ascienden los activos, actualmente en proceso de enajenación y recaudo por parte del Liquidador. Como se observa en la siguiente tabla, estos ascienden a $483.117 millones, de los que se destacan los bienes inmuebles por valor comercial de $325.415 millones, es decir el 67% del total de activos.

**Activos disponibles para recaudo y enajenación**

**(Millones de pesos)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activo** | **Valor disponible** | **% del valor total** |
| Disponible | 13.210 | 3% |
| Cuentas por cobrar | 97.184 | 20% |
| Inversiones | 47.276 | 10% |
| Bienes muebles | 32 | 0% |
| Bienes inmuebles | 325.415 | 67% |
| **Total** | **483.117** |  |

Fuente: Delegada de Medidas Especiales SNS.

**10. En igual sentido, señale qué ha ocurrido con la liquidación de las EPS Cafesalud y Cruz Blanca.**

Con respecto a Cafesalud y Cruz Blanca EPS en liquidación, vale afirmar que en la actualidad se encuentran en plena actividad de realización de activos y con ellos el pago de acreencias.

Para tener un panorama más preciso sobre el estado de cada una de ellas, a continuación, se indica el estado de determinación, calificación y pago de acreencias y los activos en proceso de gestión por parte del Agente Liquidador:

Cafesalud EPS SA en liquidación

La Superintendencia Nacional de Salud ante la salida del aseguramiento de la EPS Cafesalud S.A., después de la venta de sus derechos y la cesión de su habilitación a través de un proceso de reorganización que dio origen a Medimás SAS, como consecuencia del mismo, decidió ordenar la liquidación de dicha sociedad en razón al incumplimiento con los acuerdos de pagos con terceros, para tal efecto, emitió la Resolución 7172 del 22 de julio de 2019, mediante la cual se ordenó dar inicio al proceso de liquidación forzosa.

**Estado de acreencias de Cafesalud EPS en liquidación corte junio de 2021**

**(Millones de pesos)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Clase de acreencias** | **Valor reclamado** | **Valor reconocido** | **% Reconocimiento** | **Valor Pagado** | **% Pagado** |
| Sumas excluidas de la masa | 17.072 | 9.096 | 53% | 7.388 | 81% |
| Laborales | 7.240 | 0 | 0% |  |  |
| Prestadores de servicios de salud | 2.778.826 | 808.930 | 29% | 0 | 0% |
| Otras acreencias oportunas | 5.810.985 | 515.981 | 9% | 0 | 0% |
| Acreencias extemporáneas | 2.822 | 1.863 | 66% | 1.412 | 76% |
| **Total** | **8.616.945** | **1.335.871** | **16%** | **8.800** | **0,7%** |

Fuente: Delegada de Medidas Especiales SNS

Tal como se puede observar en la tabla anterior, Cafesalud EPS en liquidación ha recibido reclamaciones por $8.616.945 millones, de los cuales reconoció $1.335.871 millones, esto es el 16%, y ha pagado $8.800 millones. Lo anterior, permite inferir que aún no inicia el pago de acreencias de clase B), o a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Para el pago de acreencias y la continuidad del proceso liquidatorio, la EPS cuenta con los siguientes recursos financieros, sobre los cuales el Agente Liquidador realiza proceso de depuración, conciliación, recaudo y enajenación:

**Activos disponibles para recaudo y enajenación**

**(Millones de pesos)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activo** | **Valor disponible** | **% disponible** |
| Disponible | 62.205 | 4% |
| Cuentas por cobrar | 1.408.315 | 96% |
| Inversiones | 407 | 0,03% |
| Bienes muebles | 98 | 0,01% |
| Bienes inmuebles | 2.180 | 0,1% |
| **Total** | **1.473.205** |  |

Fuente: Delegada de Medidas Especiales SNS

La tabla anterior indica que Cafesalud EPS cuenta con activos por $1.473.205 millones, de los cuales el 96% están representados en cuentas por cobrar.

Cruz Blanca EPS SA en liquidación

El proceso liquidatorio de Cruz Blanca EPS SA en liquidación inició mediante Resolución 008939 del 09 de octubre de 2019, cuyo estado de acreencias es el siguiente:

**Estado de acreencias de Cruz Blanca EPS en liquidación corte junio de 2021**

**(Cifras en millones de pesos)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Clase de acreencias** | **Valor reclamado** | **Valor reconocido** | **% Reconocimiento** | **Valor Pagado** | **% pago** |
| Sumas excluidas de la masa | 24.502 | 2.925 | 12% | 0 | 0% |
| Laborales | 1.064 | 11 | 1% |  | 0% |
| Prestadores de servicios de salud | 738.773 | 228.928 | 31% | 0 | 0% |
| Otras acreencias oportunas | 427.033 | 11.240 | 3% | 0 | 0% |
| Acreencias extemporáneas | 288 | 0 | 0% | 0 | 0% |
| **Total** | **1.191.660** | **243.104** | **20%** | **0** | **0,0%** |

Fuente: Delegada de Medidas Especiales SNS.

Como se observa, Cruz Blanca EPS en Liquidación, recibió reclamaciones por 1.191.660 millones, de los cuales reconoció el 20% por $248.104 millones, que se encuentran pendientes por pagar en su totalidad.

Con respecto a los activos con que cuenta el Liquidador para el pago de obligaciones y sobre los que realiza gestión para de depuración, recaudo y enajenación, se encuentran:

**Activos disponibles para recaudo y enajenación**

**(Millones de pesos)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activo** | **Valor disponible** | **% disponible** |
| Cuentas por cobrar | 100.517 | 99% |
| Bienes muebles | 74 | 0,07% |
| Bienes inmuebles | 621 | 0,6% |
| **Total** | **101.212** |  |

Fuente: Delegada de Medidas Especiales SNS.

De acuerdo con los estados financieros revelados por la EPS con corte a junio de 2021, cuenta con $101.212 millones, de los cuales el 99% están representados en cuentas por cobrar.

**11. Si bien al día de hoy se encuentra reglamentada la integración vertical, y muchas EPS se cuidan de no reportarla de forma directa ¿De qué forma se va a proteger la estabilidad económica de las demás IPS, dado que para las EPS siempre prima la red propia?**

En cuanto a la integración vertical en el sector, específicamente de la relación contractual de una EPS con IPS, es relevante realizar algunas aclaraciones conceptuales sobre la integración vertical, el cual es el proceso mediante el cual dos eslabones de una cadena productiva se integran en una sola empresa.

La literatura teórica y empírica sobre el tema revela que la integración vertical entre aseguradores y prestadores en salud puede traer ganancias de eficiencia importantes, entre otros por la reducción de los costos de transacción y un proceso de negociación de precios más eficaz para obtener descuentos significativos[[4]](#footnote-5). En consecuencia, se puede llegar a tener ganancias en calidad ya que facilita la gestión del riesgo en los niveles de promoción y prevención de salud.

Por otro lado, la integración vertical puede también traer distorsiones de competencia importantes, o porque aumenta el costo de los competidores que no integran verticalmente a prestadores en salud, o porque lleva a colación estrategias de forclusión que impiden directamente el funcionamiento de la competencia. Autores como Gaynor, M. (2006), y Cuellar y Gertler (2005) destacan los posibles efectos nocivos para la competencia y la calidad del servicio en el sector.

En este sentido, y de acuerdo con al artículo 15 de la Ley 1122 de 2006, la Superintendencia hace seguimiento al cumplimiento de la misma, a partir del análisis de la información disponible y la priorización de acciones de verificación sobre las EPS e IPS. Para tal fin, se identifican las relaciones directas de relación patrimonial de las EPS con las IPS, y se realiza el análisis a los costos que causan las EPS con sus propias IPS. Esto con el debido análisis al reporte información, de calidad y veracidad. Vale la pena resaltar que para este seguimiento se tienen en cuenta diferentes fuentes de información de ambos actores, relacionada con facturación, pagos, causación, contratación, prestación de servicios, reportada a la Supersalud y al MSPS. A su vez, en este marco se realizan acciones de inspección para realizar seguimiento a posibles gastos indirectos, que no se pueden identificar fácilmente a partir de la información disponible en las bases de datos y sistemas de información del sector salud. Estas acciones de verificación se realizan no solo sobre la EPS sino IPS que son priorizadas a partir de concentraciones del gasto, pagos, atenciones u otras variables relevantes para el análisis.

Para ejemplificar lo anterior, como resultado del análisis de la información remitida por la ADRES sobre la autorización de giro realizada por SALUDVIDA EPS, esta Superintendencia evidenció en primera instancia una concentración de giros a prestadores de servicios de salud vinculados a la EPS, situación que contradice lo establecido en el Decreto 682 de 2018, incorporado en el Decreto 780 de 2016. Así las cosas y al solicitar a la EPS revisar las autorizaciones de giros, se evidenciaron aspectos adicionales que no tenían antecedente en esta EPS o en otras. Estas situaciones prendieron alarmas a este órgano de control, dado que había indicios sobre un uso inadecuado de los recursos de la UPC. Ante esto y como medida preventiva se informó a la ADRES y se solicitó que no se realizaran los giros hasta que las situaciones observadas se aclarasen por parte de la EPS. Así mismo se emitió una medida cautelar mediante las Resoluciones 00230, 00427 y 000660 de 2019, tendiente a proteger los recursos del sistema respecto a los giros a IPS vinculadas y otras que tienen comportamiento “atípico” en los giros, según información de la Contraloría con funciones de Revisoría Fiscal que tenía esta entidad en el marco de la medida de vigilancia especial ordenada por la SNS.

Por otra parte, se resalta que esta superintendencia reconoce que la integración va más allá de la relación de integración vertical de orden descendente, asegurador prestador, y por lo tanto, esta superintendencia realiza análisis y estudios teniendo en cuenta, entre otros, que:

* La integración de las entidades en el sector salud es dinámica en el tiempo y tiene implicaciones diferentes según región.
* La integración no se da únicamente por control directo sino indirecto (ej. Contratación exclusiva-alta dependencia económica).
* La integración en el sector no se presenta únicamente de forma descendente de la cadena (EPS con sus IPS) sino en multiplicidad de formas y entre los diversos eslabones de la cadena: De forma ascendente; Socios Comunes; Entidades intermedias; Compartir negocios
* Los grupos empresariales no son únicamente los que se encuentran declarados y registrados, sino a su vez aquellos que no lo están, incluyendo vinculados económicos, y control individual o conjunto de personas jurídicas y naturales.
* Tener propiedad accionaria no implica el control sobre las decisiones de la entidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, y dado que hace falta mayores estudios académicos sobre el efecto de la integración vertical en el sector salud, se reconoce que “el reto del sector de la salud y a ello debe apuntar la supervisión es a verificar que las relaciones establecidas entre los prestadores y los aseguradores no vayan a conducir ni a una desmedida asunción de riesgos por parte de ninguno de los dos agentes, ni a provocar desmejoramientos en los niveles y en la calidad de atención a los consumidores”[[5]](#footnote-6). Es así como de forma permanente, esta superintendencia encamina acciones de supervisión, no solo a la verificación del cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con integración vertical entre EPS e IPS, sino a su vez sobre las relaciones contractuales y condiciones que se dan alrededor de estas. Reconociendo tanto los posibles riesgos para el mercado y el gasto en salud, por posibles acciones irregulares que atenten contra la competencia o se consoliden como extracción de rentas; así como los beneficios en eficiencia que se reflejan en una mejor gestión de salud especialmente en los servicios para la promoción y prevención de la salud.

En esta línea, y en búsqueda de generar incentivos para evitar las prácticas riesgosas que surgen de la integración en todo sentido entre las EPS y sus proveedores, la superintendencia emitió lineamientos en la gestión de riesgos de grupos empresariales, y de gobierno corporativo. De acuerdo con esto, se han realizado acciones para el seguimiento a la adopción de políticas que ayudan al tratamiento y control de los riesgos inherentes a la existencia de grupos empresariales.

Por otra parte, y con el fin de velar por el buen uso de los recursos y la sostenibilidad del sistema, la Superintendencia ha trabajado fortaleciendo su sistema de analítica para la identificación y caracterización de las diferentes figuras de organización industrial y de los vinculados económicos a las EPS. A partir de ello, se ha trabajado de forma articulada con la Superintendencia de Sociedades para la investigación de grupos empresariales, buscando la correcta revelación de acuerdo con las normas vigentes. Aunado a esto, a partir de los resultados de los análisis de la información y de las acciones de inspección, se han priorizado acciones de control preventivas como medidas cautelares sobre los giros directos de las EPS a proveedores vinculados. Con dichas acciones se procura evitar que se consoliden prácticas de trato preferencial en la contratación y pagos.

Así mismo, cabe reiterar los esfuerzos en vigilancia que realiza esta Superintendencia para velar por el flujo de recursos en el sector, tales como las: i) las instrucciones para mejorar la calidad y transparencia de las cifras de pagos de las EPS a IPS; ii) Mesas de flujo de Recursos y seguimiento a los compromisos de pago; iii) la articulación con entidades territoriales e implementación de instrumento para seguimiento a malas prácticas; iv) publicación de información e informes para fortalecer el control social; adicionalmente; v) se efectúan seguimientos que evalúan, entre otros aspectos, la relación y nivel de concentración entre EPS e IPS cuando esa relación no es directa y, por lo tanto, no se enmarca en el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, con el fin de identificar todas las figuras de integración que se puedan presentar en el SGSSS.

Dentro de esos seguimientos se evalúa la dependencia económica, contractual y de flujo de recursos entre EPS e IPS, así como las posibles triangulaciones de recursos que vinculen alguna relación entre EPS e IPS con entidades en común, buscando identificar además posibles desvíos de recursos.

Producto de estos seguimientos, la Superintendencia ha desarrollado acciones de inspección y vigilancia a través de visitas inspectivas y auditorías documentales, que han generado indicios de la conformación algunos grupos económicos, sobre los cuales se ha dado traslado, en este caso, a la Superintendencia de Sociedades para que, en los análisis propios de dicha Superintendencia, proceda a la respectiva declaratoria del grupo económico. Un antecedente relevante se dio con la declaración del grupo conformado alrededor de la EPS Saludvida, hoy en liquidación.

**12. Por qué razón la intervención de giros realizada por los contralores designados por la Superintendencia Nacional de Salud** **solo afecta a las IPS privadas y no a la red pública, siendo que el sesenta por ciento (60%) de la red de prestadores a nivel nacional es privada.**

La Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus funciones de inspección, vigilancia y control ha realizado análisis del flujo de recursos del sistema en IPS públicas y privadas, así como a los proveedores de tecnologías en salud frente a diferentes componentes tales como, pagos por parte de las EPS, facturación radicada, factores de atención y relación de vinculación entre prestadores y EPS. Es así como la adopción de las medidas cautelares de cesación provisional de las acciones que ponen en riesgo la destinación de los recursos del Sistema es una competencia exclusiva de la Superintendencia Nacional de Salud (art. 125 L. 1438 de 2011) y los contralores tienen solo la función de realizar seguimiento a las actuaciones derivadas de esta medida. Y no son competentes para su imposición.

Por lo anterior, cuando esta Superintendencia evidencia situaciones que generan incertidumbre frente al manejo de los recursos del Sistema por parte de las EPS, ha ordenado la cesación provisional de las acciones que ponen en riesgo dichos recursos y en consecuencia suspender los giros directos a las entidades vinculadas y no vinculadas de las EPS.

Estos actos administrativos están enfocados en proteger los recursos del sector salud y se fundamentan en la motivación expuesta en dichos actos administrativos.

Lo anterior, ha permitido que las EPS realicen ajustes a los montos autorizados ante la ADRES y que se pueda realizar redistribución de recursos a las ESE y otras IPS privadas no vinculadas. Es importante indicar que antes de la adopción de medidas cautelares sobre el giro directo a las vinculadas, se realiza un análisis de flujo de recursos, indistintamente la naturaleza, y se tienen en cuenta factores como la prestación de servicios, los pagos, la facturación y las relaciones de vinculación entre prestadores y aseguradores.

Es preciso señalar, que las funciones de inspección, vigilancia y control de esta Superintendencia tienen la competencia de ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas, por tal motivo, los Contralores con funciones de Revisoría Fiscal no tienen competencias para realizar intervenciones a las entidades, estos tienen funciones especiales como el seguimiento a las entidades objeto de medidas especiales.

Finalmente, es importante aclarar que la red privada nacional corresponde cerca al 90%, y que este tipo de medidas se emite cuando se identifican riesgos relacionados con el uso eficiente de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**13. ¿Qué intervención realiza la Superintendencia Nacional de Salud para controlar los escasos recursos que subsisten en los procesos de liquidación, considerando que el proceso de calificación puede tener una duración de hasta 2 años, y que como se observa con frecuencia, la mayoría de estos recursos son destinados al pago de altos salarios y honorarios?**

Como se dijo ya con ocasión de la pregunta número 3, el proceso de revisión sobre las liquidaciones corresponde a un seguimiento sobre la actividad de los liquidadores preservando, en todo caso, su autonomía para decidir en cada una de las etapas que integran el proceso.

Esta conclusión se desprende, entre otras normas, del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, artículo 68 de la Ley 715 de 2001, numeral 5 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 124 de la Ley 1438 de 2011; el artículo 68 de la Ley 1753 de 2016. En orden reglamentario, los artículos 2.5.5.1.1 y 2.5.5.1.2 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 26 del Decreto 2462 de 2013, mediante el cual se fija la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.

Frente a la designación de los Agentes Liquidadores para el proceso de escogencia y designación se aplica lo dispuesto en la Resolución 2599 de 2016, expedida por esta superintendencia. Con respecto al régimen jurídico especial para las medidas especiales de intervención forzosa administrativa para liquidar, se adopta las reglas y principios del Estatuto Orgánico del Sector Financiero.

En virtud del marco legal citado, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud llevar a cabo el seguimiento de la actividad de los Liquidadores observando las normas que regulan los diversos procesos liquidatorios y con sujeción a las reglas que, mediante normas de carácter especial, han sido establecidas por el Gobierno Nacional. Para el desarrollo del seguimiento mencionado, la Superintendencia Nacional de Salud observa las normas que regulan los procesos de liquidación, según la modalidad adoptada, y ejerce el seguimiento hasta que termine la existencia legal de la entidad o, de ser el caso, hasta que se cumpla con el objeto de la toma de posesión y de la liquidación.

En el ejercicio de la facultad de seguimiento, se evalúa la gestión del liquidador, para lo cual la Superintendencia podrá solicitar la información que estime necesaria, que le permita identificar el cumplimiento los objetivos estratégicos del proceso liquidatorio, de acuerdo con la naturaleza y complejidad de la entidad objeto de la liquidación, y podrá adoptar las medidas a que hubiere lugar para que el liquidador logre cumplir los objetivos de acuerdo con las normas que rigen el proceso liquidatorio.

La Superintendencia tendrá acceso a los libros y papeles de la entidad y a los documentos y actuaciones de la liquidación, sin que le sea oponible reserva alguna, así como exigir la presentación de planes de trabajo, presupuesto, cronograma, informes de ejecución y demás documentación que considere pertinente.

Es de advertir que, no obstante, las amplias facultades de seguimiento que ejerce la Superintendencia Nacional de Salud, sus actividades **no se identifican ni confunden con las responsabilidades propias del liquidador.**

El seguimiento efectuado no exonera al Liquidador de sus responsabilidades, la Superintendencia no puede participar ni intervenir en las actividades propias del liquidador ni en la administración de la entidad en liquidación; en tal sentido, la Superintendencia no realiza actividades que impliquen cogestión o coadministración con el liquidador.

Con respecto a la entendible preocupación del manejo de los escasos recursos con que terminan las EPS que son sometidas a procesos liquidatorio, la Superintendencia Nacional de Salud enfoca sus competencias y facultades legales para que estos reciban el trato adecuado por parte del agente liquidador, bajo el principio de economía y austeridad, y puedan ser destinados al pago de las obligaciones con terceros hasta que las posibilidades materiales lo permitan.

En conclusión, es por lo anterior, que la Superintendencia Nacional de Salud, como organismo de inspección, vigilancia y control del sector salud, orienta sus mayores esfuerzos para que los agentes liquidadores cumplan sus deberes y obligaciones legales bajo los principios de legalidad, moralidad, economía y eficiencia en procura de salvaguardar los bienes jurídicos de los interesados. Ante la circunstancia fáctica de que un actor directo del proceso liquidatorio incumpla con sus deberes, inmediatamente se procede adelantar las actuaciones administrativas sancionatorias y a efectuar los respectivos traslados a los organismos de control e investigación fiscal, disciplinario, penal y hasta puede adelantar acciones de responsabilidad en su contra, de ser necesario.

**14. A la fecha ¿Cuantas son las acreencias radicadas y reconocidas? Y en ese mismo sentido, informe con qué recursos y activos cuentan para cubrir dichas obligaciones.**

Para responder este punto, a continuación, se revela el estado de acreencias de las Entidades Promotoras de Salud que actualmente se encuentran en liquidación, haciendo salvedad que para el caso de las EPS Comparta y Ambuq, aún no se tiene registros de dichas obligaciones, dado que recién inician el proceso de determinación de acreencias.

Del mismo modo, se presenta el estado de los recursos con que cuentan, según los estados financieros reportados a esta Superintendencia:

**Acreencias de EPS en liquidación forzosa corte junio de 2021**

**(Millones de pesos)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **EPS** | **No. Acreencias** | **Valor Reclamado** | **Valor Reconocido** | **% Recon** | **Total pagado** | **% Pagos** | **Valor saldo por pagar** | **% Saldo** |
| 1 | COMPARTA | En proceso de determinación acreencias |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | AMBUQ | En proceso de determinación acreencias |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | COMFAMILIAR CARTAGENA | 449 | 395.930 | 24.831 | 6% | 0 | 0% | 24.831 | 100% |
| 4 | COMFACUNDI | 620 | 178.917 | 13.955 | 8% | 13.049 | 94% | 906 | 6% |
| 5 | SALUDCOOP | 39.472 | 8.787.099 | 3.323.020 | **38%** | 646.249 | 19% | 2.676.771 | 81% |
| 6 | CAFESALUD | 4.258 | 8.616.945 | 1.335.871 | **16%** | 8.800 | 0% | 1.327.071 | 99% |
| 7 | CRUZ BLANCA | 3.042 | 1.195.450 | 243.392 | **0,2%** | 0 | 0% | 243.392 | 100% |
| 8 | EMDISALUD | 1.835 | 1.071.679 | 0 | **0%** | 0 | 0% | 0 | 0% |
| 9 | SALUDVIDA | 314 | 1.535 | 413 | **27%** | 0 | 0% | 413 | 100% |
| 10 | \*CAPRECOM EICE | 7.696 | 4.919.178 | 1.743.541 | **0%** | 1.683.358 | 97% | 60.183 | 3% |
| **Total** | | **57.686** | **25.166.735** | **6.685.023** | **27%** | **2.351.457** | **35%** | **4.333.566** | **65%** |

Fuente: Delegada de Medidas Especiales SNS.

Nota: \* Caprecom EICE Liquidada, se constituyó patrimonio autónomo PAR Caprecom, quien gestiona actualmente pagos.

SaludCoop EPS en liquidación registra el mayor reconocimiento de acreencias con el 37% de estas, seguido de Caprecom con el 27%. Frente a los pagos, Caprecom EICE revela el mejor comportamiento alcanzando el 97% por $1.683.358 millones, seguido de SaludCoop EPS en liquidación con pagos por $646.249 millones (19%) y Cafesalud con pagos por $8.800 millones. Las restantes EPS no registran pagos. Vale precisar que esto en razón a que aún se encuentran en proceso de determinación de obligaciones.

**Activos de EPS en liquidación forzosa corte junio de 2021**

**(Millones de pesos)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activo** | **Ambuq** | **Comfamiliar Cartagena** | **Comfacundi** | **Saludcoop** | **Cafesalud** | **Cruz Blanca** | **Emdisalud** | **Saludvida** |
| Disponible | 13.210 | 4.684 | 3.352 | 10.580 | 62.205 | 4.156 | 6.281 | 4.015 |
| Cuentas por cobrar | 225.109 | 57.648 | 58.923 | 97.184 | 1.408.315 | 100.517 | 119.453 | 376.382 |
| Inversiones | 0 | 101 | 16.602 | 47.276 | 407 | 0 | 0 | 1.808 |
| Bienes muebles | 5.798 | 107 | 2.620 | 32 | 98 | 74 | 207 | 1.384 |
| Bienes inmuebles | 18 | 0 | 0 | 325.415 | 2.180 | 621 | 7.412 | 28.903 |
| Títulos judiciales | 0 | 0 | 483 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total** | **230.925** | **57.856** | **78.145** | **469.907** | **1.411.000** | **101.212** | **127.071** | **408.478** |
| **% EPS** | **8%** | **2%** | **3%** | **16%** | **49%** | **4%** | **4%** | **14%** |

Fuente: Delegada de Medidas Especiales SNS.

Los activos con los que cuentan las EPS en liquidación, según información reportada por los vigilados, se registran en la tabla anterior. Vale resaltar que Cafesalud revela el mayor activo con la cifra de $1.411.000 millones; sin embargo, estos están representados en su gran mayoría en cuentas por cobrar, donde se incorpora el derecho que tiene sobre la EPS Medimas S.A. a raíz de la venta del intangible y que ha sido motivo de litigio ante un Tribunal de Arbitramento de la Cámara de Comercio de Bogotá. En caso contrario, SaludCoop EPS tiene representados la mayor cantidad de activos en bienes inmuebles, los cuales se encuentran en proceso de enajenación. Frente a las EPS Saludvida, Emdisalud, Comfamiliar Cartagena, Ambuq y Comfacundi, es oportuno precisar que sus activos por cuentas por cobrar se encuentran en proceso de depuración y conciliación.

Cabe anotar que los activos de Cafesalud representan el 49% del total de activos de las EPS en liquidación, seguido por Saludcoop con el 16% y Saludvida con el 14%. Las EPS con menores activos son: Comfamiliar Cartagena, el 2%; Comfacundi, el 3%; Cruz Blanca y Emdisalud con el 4%, respectivamente; y Ambuq con el 8%.

**15.  ¿Cuál es la estrategia o plan de acción que tiene previsto el Gobierno Nacional para el pago de las acreencias que no fueron cubiertas con los recursos y activos del proceso liquidatorio?**

Dentro de los mecanismos dispuestos por el Gobierno Nacional que posibilitan que la EPS en liquidación puedan acudir a recursos diferentes a los convencionales de la masa de liquidación, se pueden citar los dispuestos por el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, que fijó la política para el saneamiento de las deudas históricas del sector salud y la transformación de los recursos para la prestación de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC (Ley 1955 de 2019, artículos 237, 238, 245).

En cumplimiento de estas normas, SaludCoop EPS logró el acuerdo de aceptación por parte de la ADRES por $6.896.238.674 correspondiente a los recursos no financiadas con la UPC del Régimen Contributivo. Con el régimen subsidiado, Saludvida se encuentra gestionando con las entidades territoriales departamentales la suma de $10.573.738.815.

Adicionalmente, durante la vigencia 2020, el MSPS implementó la Resolución 1514 de 2020, por la cual se fijan los lineamientos para la distribución, asignación y giro de los recursos del esquema de solidaridad a que refiere el artículo 3 de la Ley 1929 de 2018. Mediante la citada resolución fue posible que el Programa de Empresa Promotora de Salud Comfacor liquidado y el Programa de Salud EPS de Comfaboy liquidado voluntariamente, la ADRES le asignara recursos para el pago a la red prestadora de servicios de salud por $6.280 millones, con la siguiente distribución:

|  |  |
| --- | --- |
| ENTIDAD | RECURSOS ASIGNADO POR LA ADRES  (millones de $) |
| Programa de Empresa Promotora de Salud Comfacor en liquidación | 4.580 |
| Programa de Salud EPS de Comfaboy en liquidación voluntaria | 1.700 |
| TOTAL | **6.280** |

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, asignación corte junio de 2020.

**16. ¿Cuál es el porcentaje de pago y aceptación de las acreencias generadas de los procesos liquidatorios?**

La respuesta a este punto se encuentra en la matriz de acreencias de EPS en liquidación forzosa que se presentó en respuesta al punto 14.

**17. Informe si la Superintendencia Nacional de Salud, en calidad de ente de inspección, vigilancia y control de las EPS, está elaborando y adoptando planes de seguimiento que le permitan hacer un monitoreo constante para evitar la liquidación de las EPS.**

En línea con la adopción del Modelo de Supervisión Basado en Riesgos, la Superintendencia Nacional de Salud ha orientado sus esfuerzos en desarrollar mecanismos de seguimiento fundamentados en la evaluación de la implementación de Sistemas Integrados de Gestión de Riesgos en las EPS, considerado que dichos sistemas tienen como objetivo principal la identificación, análisis y cuantificación de los riesgos a los que se encuentran expuestos en el desarrollo de su objeto, así como en la adopción de medidas preventivas que permitan reducir su probabilidad y/o impacto.

Es preciso señalar que una adecuada gestión de riesgos permite a las entidades facilitar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos y con ello aportar a la estabilidad del sector; razón por la cual la Superintendencia Nacional de Salud a través de la Circular Externa 0004 de 2018 impartió instrucciones a las EPS respecto del diseño e implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos; estableciendo como prioritario la gestión de los siguientes riesgos de Salud, Actuarial, Crédito, Liquidez, Mercado de Capitales, Operacional, Fallas de Mercado de Salud, Grupo, Reputacional y Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

Con la implementación de los sistemas de administración de riesgos se ha buscado fortalecer el aseguramiento y Ia prestación del servicio en salud, así como la generación de condiciones de estabilidad operativa y financiera de las instituciones. En este sentido, los planes de seguimiento desarrollados por esta Superintendencia se fundamentan en la evaluación de la gestión de riesgos efectuada por los vigilados, la adopción de medidas preventivas y oportunas, así como la consolidación de una cultura de autocontrol que aporte en el cumplimiento de los objetivos trazados.

Por su parte, la Delegada de Medidas Especiales a través del Sistema de Gestión y Control de Medidas Especiales - Fénix realiza el monitoreo y seguimiento constante a las acciones procesos y medidas especiales ordenados a las EAPB, en el marco de este seguimiento se evalúan de manera mensual los planes de acción definidos por cada una de las entidades que se encuentran bajo alguna acción administrativa; como resultado de esta evaluación esta Delegada realiza análisis de la calidad, confiabilidad y veracidad de la información reportada por cada EPAB, genera requerimientos de información, solicita a los contralores designados la auditoría en procesos específicos, de acuerdo con las necesidades identificadas durante el seguimiento e imparte órdenes específicas a las entidades que se encuentran bajo alguna acción o medida especial para que subsanen las causales que dan origen a la imposición o mantenimiento de una acción o medida especial.

De otro lado, como resultado de las acciones de inspección y vigilancia al evidenciar situaciones que afecten el desempeño institucional o se transgredan las normas que reglamentan el SGSSS, se solicita a las EPS actividades que permitan subsanar o corregir lo evidenciado a través de un plan de mejoramiento, el cual debe ser aprobado previamente por parte de esta superintendencia para la ejecución de este por la entidad.

A estos planes de mejoramiento se le realiza seguimiento de acuerdo con el procedimiento establecido por la Superintendencia Nacional de Salud, con periodicidad semestral, si la entidad no cumple con lo suscrito en el mismo se inician las acciones de control como dar traslado para apertura de investigación administrativa.

**18. ¿Qué gestiones ha implementado la Superintendencia Nacional de Salud ante el Ministerio de Salud y Protección Social, para que se efectúen los pagos de los servicios prestados a las IPS?**

En relación con este punto se precisa que lo que se describe a continuación son las gestiones adelantadas por la Superintendencia para que efectúen los pagos a la red, y no es una función propia de esta entidad adelantar gestiones ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

Así las cosas, en virtud de las acciones de inspección, vigilancia y control, la Delegada para la Supervisión Institucional de esta Superintendencia ha realizado las siguientes actividades dirigidas al cumplimiento de las instrucciones impartidas previamente mediante Circulares Externas de la entidad, las normas de punto final contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo, los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante - FOSFEC, las medidas de revocatoria de habilitación de las EPS y los traslados a la Delegada de Procesos Administrativos, conforme al siguiente esquema:

* Circular Externa 0011 de 2020

Fueron emitidas instrucciones con el objeto de que las EPS adelanten el proceso de conciliación, depuración y saneamiento de las cuentas por cobrar y pagar con sus acreedores derivado de las prestaciones de servicios de salud y de servicios y tecnologías en salud.

Es así como, en el mes de septiembre de 2020 y enero de 2021, la Superintendencia Nacional de Salud requirió mediante oficio a 34 EPS con el fin de realizar el seguimiento al flujo de recursos, en especial al proceso de conciliación, saneamiento y pago, de conformidad con la información reportada en los archivos Tipo FT021 - cronograma de conciliación y depuración y FT023 link de consulta del proceso de las Entidades Administradoras de Beneficios, verificando la consistencia en el reporte de información para estos dos archivos y realizando un análisis por tipo de acreedor, naturaleza jurídica y cantidad de conciliaciones programadas mensualmente.

De acuerdo con el análisis sobre la cantidad prestadores reportados en el archivo FT021- cronograma de conciliación y depuración, se realizó un comparativo con la información reportada en la Circular 030 de 2013 (corte marzo 2020), teniendo en cuenta lo establecido en la instrucción segunda de la Circular 011 de 2020, donde se evidenció que los prestadores programados para conciliación que reportan cartera pendiente para pago. No obstante, se ha podido establecer que prestadores con los cuales no se reportó cartera en Circular 030, están citados a conciliación.

Por otra parte, y teniendo en cuenta los acreedores reportados en el archivo FT021- cronograma de conciliación y depuración, se realizó un análisis de los saldos de cartera de las Entidades Responsables de Pago reportados en Circular 030 con corte a marzo de 2020 comparándolos con los saldos de cartera reportados en el archivo tipo FT004 – Cuentas por Pagar – Acreedores de la Circular 016 de 2016, donde se evidencia niveles de consistencia bajos frente a lo reportado entre Circular Externa 016 de 2016 y Circular Conjunta 030 de 2013 por acreencias en el SGSSS y una deficiencia en la calidad de los datos, indicando que la entidad no ha adelantado acciones tendientes a aclaración de la cartera, en virtud de lo establecido en el artículo 9 de la Ley 1797 de 2016, en lo relacionado con el saneamiento contable responsabilidad de las IPS y EPS.

Por lo anterior y con base en la información analizada y descrita, en la que se evidencia inconsistencias y en donde se observa que las entidades no adelantan las acciones correspondientes para identificar, depurar, conciliar y pagar las obligaciones derivadas de la prestación de los servicios de salud; se han venido solicitando las explicaciones y ajustes de la información a las EPS, con el fin de lograr el saneamiento de las obligaciones a favor de terceros, así como el mejoramiento del flujo de recursos a la red prestadora de servicios de salud.

* Punto Final – artículo 238 Ley 1955 de 2019

La Superintendencia Nacional de Salud solicitó a las EPS del régimen subsidiado el diligenciamiento y envío trimestral de tres anexos y la certificación que soporta los saldos registrados, con el fin de hacer seguimiento al saneamiento de las deudas por servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019 con las entidades territoriales.

Es así que, la Dirección de Inspección y Vigilancia para las EAPB, adscrita a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, definió las estructuras de los anexos y los documentos que las EPS debían diligenciar y enviar a esta superintendencia, señalando a su vez cortes, plazos, formatos, registros permitidos y forma de envío, para llevar a cabo la verificación del saneamiento de las deudas por servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado (denominadas también como “NO PBS”) prestados hasta el 31 de diciembre de 2019 con las Entidades Territoriales, así:

1. Anexo No 1 - Verificación Cuentas por Cobrar - Entidad Beneficiaria de Pago EPS (SALDOSCXC).
2. Anexo No 2 - Reconocimiento Facturas NO PBS - Entidad Beneficiaria de Pago EPS (FACTURASNOPBS).
3. Anexo No 3- Reconocimiento Pago NO PBS - Entidad Beneficiaria de Pago EPS (PAGOSNOPBS).
4. Certificación firmada por el representante legal, contador, revisor fiscal, que certifique los saldos e información reportada en los anexos.

Con el fin de hacer seguimiento al saneamiento definitivo de las deudas asociadas con servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019; correspondiente a los reportes de información con corte a diciembre 31 de 2019; así como a marzo y junio de 2020, se llevó a cabo auditoría documental, dando como resultado 35 informes, de los cuales 31 fueron trasladados a la Delegada de Procesos Administrativo para adelantar las investigaciones administrativas, y solo 4 no presentaron hallazgos. Así mismo, 26 planes de mejoramiento fueron aprobados, 1 no se aprobó, de 2 no se obtuvo respuesta, 4 no presentan hallazgos y 2 EPS se encuentran en liquidación.

De acuerdo con la respuesta dada por las EPS ante la solicitud del plan de mejoramiento a los hallazgos encontrados en la Auditoría Documental mediante radicado No 202182300009812, se tiene que este fue aprobado con radicado No 202141100141221.

Adicionalmente, se realiza seguimiento a los pagos reportados para los trimestres por las EPS en el citado Anexo No 3 versus la información que remiten las entidades territoriales a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de identificar posibles diferencias y de encontrarse se requiere a la EPS y a la entidad territorial para que remitan los soportes que justifican esas diferencias o el ajuste de los reportes.

* Presupuestos máximos:

La Superintendencia Nacional de Salud solicitó a las EPS el diligenciamiento y envío mensual del formulario que contiene la información de IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud beneficiarias de los pagos efectuados por la misma indicando el mecanismo de reconocimiento a través del cual se giraron los recursos a las EPS, de conformidad con lo establecido en la Circular Externa 017 de 2020, expedida por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

Es así como, la Dirección de Inspección y Vigilancia para las EAPB, adscrita a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de esta Superintendencia, requirió información adicional, relacionada con el déficit o superávit en los saldos asignados Vs los valores girados y la concentración de pagos con terceros específicos a 36 Entidades.

Obteniendo del análisis efectuado inconsistencias tales como:

* + 1. Cambios en los valores reportados de un período a otro, es decir, algunas EPS remiten los pagos para el mes 1 y en el siguiente período envían nuevamente la información de varios meses, pero con diferencias sustanciales con respecto a los reportado anteriormente en el mes 1.
    2. Algunas EPS no diligencian de manera correcta los campos del formato, tales como: NIT de la IPS o mecanismo de pago, lo cual impide la verificación de la información reportada.

En consecuencia, se han solicitado a las EPS los ajustes a las observaciones presentadas en el reporte y la justificación de las diferencias y concentración de pagos en proveedores particulares.

* Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante - FOSFEC:

En el marco de lo establecido en la Resolución 1514 de 2020 del MSPS, establece los términos y condiciones para que las Cajas de Compensación Familiar que administran el régimen subsidiado o, en su defecto que el programa de salud de estas cajas se encuentre en proceso de liquidación o liquidado puedan acceder a los recursos del fondo. A su vez, define las responsabilidades de los diferentes actores en el proceso de validación, asignación y giro de los recursos; de conformidad con el procedimiento indicado en el artículo 4, numeral 4.1 y 4.2 de la citada resolución y conforme las aclaraciones frente a los términos para el reporte de información por parte de las Cajas de Compensación Familiar indicados en la Circular No 46 de 2020, la Superintendencia Nacional de Salud ha verificado la información reportada para tres giros, dos de ellos en la vigencia 2021.

Los pagos efectuados a las Cajas de Compensación en el primer giro fueron informados a la Dirección de IV para IPS mediante memorando No 202141100031513, con el fin de realizar las acciones de inspección y vigilancia, de que trata el parágrafo del artículo 5 de la Resolución 1514 del 1 de septiembre de 2020.

La verificación efectuada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud se realiza conforme los datos reportados por las Cajas de Compensación en el Anexo 1 Versus el reporte efectuado para el mismo corte en la Circular 030 de 2013.

* Revocatorias parciales

Las resoluciones con las cuales se ha decidido una actuación de revocatoria parcial de autorización de funcionamiento, en su parte resolutiva indica: “Las EPS debe presentar ante la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, dentro de los diez días posteriores a la ejecutoria del presente acto administrativo, un cronograma no superior a tres meses para realizar depuración y conciliación de cartera con las IPS que presentaron servicios a los afiliados de los departamentos objeto del retiro, y en un tiempo no mayor a 10 días después de culminado el proceso de depuración y conciliación. (…).”

Por lo cual, se realizó la verificación del avance en la conciliación y saneamiento de la cartera con las IPS de los departamentos donde se realizaron las revocatorias parciales, partiendo del autoreporte efectuado por las Entidades Beneficiarias de Pago en la Circular 030 de 2013, los saldos reportados por las EPS en el archivo tipo FT004 y las IPS en el archivo tipo FT003 de la Circular 016 de 2016; así como los saldos de cartera reportados por las entidades públicas en SIHO y las IPS que se encuentran en REPS habilitadas a la fecha de corte del presente informe, con sede principal en el departamento objeto del retiro parcial, así:

| **EPS** | **Resolución** | **Departamentos** | **Radicado Resolución de liquidación** | **Radicados de salida por requerimientos de ajuste al cronograma artículo 3 numeral 5** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| COMPARTA EPS | Resolución 3216 de 2019 | Cundinamarca, Huila y Bolívar. | 202151000124996 | No aplica |
| COOMEVA EPS S.A. | Resolución 3796 de 2019 | Meta, Cauca y Cundinamarca | No Aplica | 202041101465121  202141100384061 |
| MEDIMAS EPS | Resolución 3818 de 2019 | Chocó, Sucre y Cesar | No Aplica | 202041101465141  202141100384091 |
| MEDIMAS EPS | Resolución 12877 de 2020 | Antioquia, Nariño, Santander y Valle del Cauca. | No Aplica | 202082305454972  202141100384071 |
| MEDIMAS EPS | Resolución 2379 de 2020 | Atlántico, Arauca, Bolívar, Cauca, Cundinamarca, Guainía, La Guajira y Magdalena. | No Aplica | 202041101473621  202141100384081 |

**Fuente:** Sistema de Gestión de Correspondencia – Superargo Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional.

El radicado de resolución de liquidación para Comparta EPS corresponde al número 202151000124996, para las demás EPS, se están realizando los seguimientos a los cronogramas de acuerdo con lo reportado en la Circular 030 de 2013 y los archivos tipo reportados mediante la Circular Externa 016 de 2016.

* Circular Externa 008 de 2020 modificada por la Circular Externa 017 de 2020:

La Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa 017 de 2020, la cual modifica la instrucción tercera del aparte II de la Circular Externa 008 de 2020, con el fin de realizar el correspondiente seguimiento a las fuentes y usos de los recursos percibidos para garantizar la integralidad de los servicios y tecnologías en salud prestados.

De esta manera, se realizó requerimiento a 37 EPS con el fin de realizar la verificación frente a los ingresos causados reportados por la operación de la entidad, así como el giro del presupuesto máximo asignado por la ADRES Versus el uso de los recursos publicados en las páginas web de las EPS, evidenciando inconsistencias como:

1. Fuentes por conceptos que no presentan usos.
2. Falta de uniformidad en el reporte de los pagos, en relación con las columnas requeridas, para los meses publicados.
3. No publicación de la totalidad de los pagos efectuados por parte de las EPS, correspondientes a las fuentes de recursos percibidas.
4. No cumplimiento del diligenciamiento de la totalidad de los campos mínimos requeridos en la Circular.

Por lo anterior, se han venido realizando requerimientos y ajustes a la información publicada, por el no cumplimiento de las instrucciones de la Circular Externa y falta de calidad del dato en el reporte de la información por las diferencias obtenidas de las diferentes fuentes de información.

* Traslados a la Delegada de Procesos Administrativos:

La Dirección de EAPB realiza seguimiento al cumplimiento de la normatividad que rige el flujo de recursos entre los actores del sistema, mediante diferentes acciones así:

1. Mesas de Flujo de Recursos lideradas por el Despacho del Superintendente: Durante el seguimiento a los compromisos acordados por los actores del SGSSS, en estas mesas se realizaron solicitudes de viabilidad de investigación por incumplimiento, trasladando los siguientes expedientes por vigilado, así:



1. Pago de Acuerdos Conciliatorios: Seguimiento a los pagos acordados a través de las mesas de conciliación extrajudicial en derecho convocadas por la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, se realizaron los siguientes traslados por incumplimiento de actas, así:



1. Instrumento Financiero “Seguimiento al Flujo de Recursos”: Instrumento creado por la Delegada para la Supervisión Institucional y adoptado por las Entidades Territoriales para la conformación de un expediente que tendrá las peticiones presentadas por los sujetos vigilados. En el siguiente cuadro se registran los traslados a la Delegatura de Procesos Administrativos (hoy Delegatura para Investigaciones Administrativas).



**19.  ¿Qué ha ocurrido con las metas y con los tiempos que se habían establecido para que las EPS cumplieran con los porcentajes y/o valores de reservas de recursos para soportar procesos destinados al pago de obligaciones?**

Es importante precisar que el Decreto 780 de 2016 estipuló que las EPS deben constituir inversiones para las reservas técnicas con activos que cumplan características de seguridad y liquidez. Esto implica que, en el momento en que se genere la obligación de pago al prestador de servicios de salud por parte de las EPS, las entidades deberán garantizar el recurso que respalda la obligación. El mencionado decreto estableció en su artículo 2.5.2.2.1.12 para aquellas EPS que al momento de entrar en vigor la medida no cumplieran con las condiciones financieras, -dentro de estas las del régimen de inversiones- los deberán cumplir de manera progresiva dentro de los siete (7) años siguientes a su expedición, periodo transitorio que termina al cierre de la vigencia 2021.

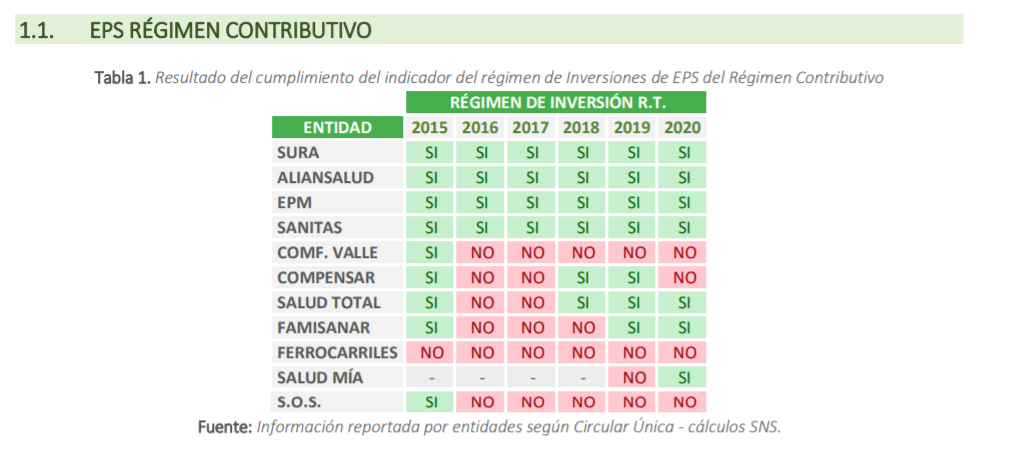
Posteriormente, el Gobierno Nacional expidió los Decretos 2117 de 2016 y 718 de 2017, los cuales permitieron a las EPS llevar a cabo procesos de planes de ajuste y reorganización institucional, estableciendo así un tratamiento especial para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia a que hace referencia el Decreto 780 de 2016.

En este sentido, algunas EPS se evalúan de acuerdo con los actos administrativos aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud.

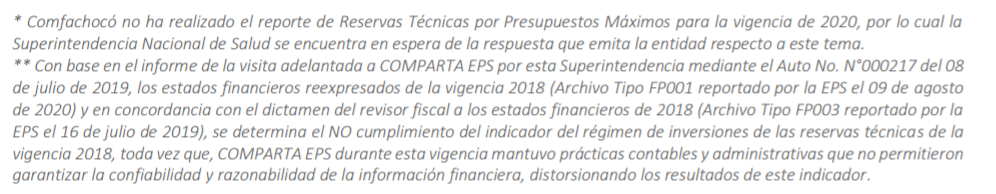
Así mismo, el Gobierno Nacional ha fijado diferentes lineamientos transitorios que le han permitido a las EPS contar con mayores mecanismos e instrumentos de inversión con el fin de lograr el cumplimiento del indicador de inversiones para el respaldo de las reservas técnicas, como lo son; la Resolución 5118 de 2017, el Decreto 1683 de 2019 y el Decreto 600 de 2020 (ambos incorporados en el Decreto 780 de 2016). La resolución establece nuevos lineamientos para la verificación del cumplimiento del régimen de inversiones, según los plazos establecidos en el artículo 2.5.2.2.1.12 del Decreto 780 de 2016; el Decreto 1683 de 2019 busca solventar los problemas relacionados con las limitaciones en el flujo de recursos por las que atraviesa el sector en la medida que permite la utilización de nuevos instrumentos financieros y; el Decreto 600 de 2020 permitió que, al inicio de la emergencia sanitaria por el COVID-19 las Entidades Promotoras de Salud utilizaran los recursos que tuvieran invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija y títulos de deuda pública interna, y que respaldaban sus reservas técnicas, para saldar los pasivos registrados como reservas técnicas.

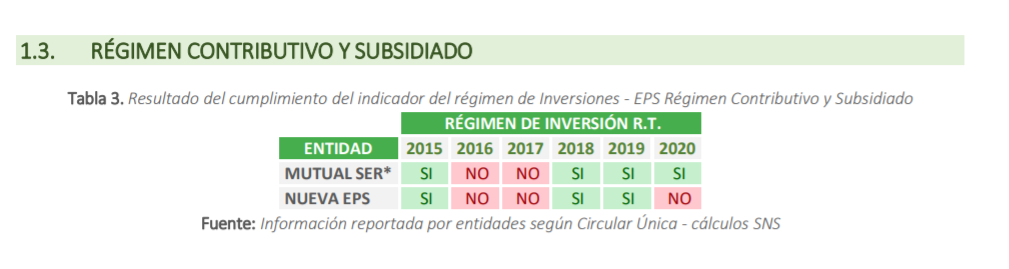
Al respecto, la Superintendencia Nacional de Salud realiza un constante seguimiento y evaluación del cumplimiento de los indicadores de las condiciones financieras señaladas en el Decreto 780 de 2016 y de forma pública expone los resultados de estos indicadores a través de diferentes informes, los cuales pueden ser consultados en la página web de esta Superintendencia. En este contexto, de acuerdo con los resultados obtenidos se identifica que no todas las EPS han dado cumplimiento a la constitución de inversiones para el respaldo de las obligaciones por reservas técnicas en los plazos y condiciones establecidos en el Decreto 780 de 2016 y en los planes de reorganización institucional y de ajuste financiero.

A continuación, se presentan los resultados del indicador de régimen de inversiones desde la vigencia 2015 hasta la vigencia 2020 discriminado por tipo de régimen para cada una de las Entidades Promotoras de Salud, se puede evidenciar por ejemplo que existen entidades que no han dado cumplimiento a la constitución de inversiones como respaldo de las reservas técnicas en ninguno de los años desde la expedición del decreto que unifica las condiciones financieras y de solvencia para las EPS.











Sumado a lo anterior, de manera informativa se indica que en el siguiente enlace se puede consultar los informes de las condiciones financieras y de solvencia publicados por la Superintendencia Nacional de Salud de manera periódica:

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

Es necesario precisar que el incumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia para las Entidades Promotoras de Salud hacen parte de la batería de indicadores e insumos para la toma de decisiones sobre los sujetos vigilados que puede optar la Superintendencia Nacional de Salud frente a sus vigilados, es decir, que no son las únicas variables por las cuales se pueden tomar medidas de control.

1. Modificado por el artículo primero del Decreto 2117 de 2016 y, adicionado por el artículo 1 del Decreto 718 de 2017. [↑](#footnote-ref-2)
2. Compilatorio del Decreto 2702 de 2014, modificado por el Decreto 2117 de 2016. [↑](#footnote-ref-3)
3. Modificada por la Circular Externa 00006 de 2017 que sustituyó integralmente la Circular 008 de 2016, dispuso la modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Única 047 de 2007, adicionado por la Circular 065 de 2010. [↑](#footnote-ref-4)
4. Restrepo et.al. (2006) destacan los beneficios en situaciones con alta independencia de las entidades. De igual manera Bardey et al (2011) resaltan los beneficios bajo un sistema más competitivo en calidad.  [↑](#footnote-ref-5)
5. Ministerio de Salud. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud. Informe Final. Página 474. [↑](#footnote-ref-6)