



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 1 de 65

Bogotá D.C.,

Honorable Representante

ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA

Representante a la Cámara por Bogotá

Cámara de Representantes

CARRERA 7 No. 8 - 68 PISO 5

BOGOTÁ D.C.

andres.forero@camara.gov.co

comision.septima@camara.gov.co

ASUNTO: Respuesta a los Radicados Nos. 202242302106972 y 202242302092572.

Honorable representante Forero.

En atención a la proposición No. 10, específicamente al cuestionario del debate de Control Político con respecto a la situación financiera del Sistema Nacional de Salud bajo el radicado No. 202242302106972 de este Ministerio, se procede a dar respuesta a cada uno de los interrogantes formulados, atendiendo a las competencias dadas a este Ministerio y las atinentes a la Superintendencia Nacional de Salud y la ADRES.

Pregunta 1

Sírvase informar cuál ha sido el presupuesto asignado al sector salud desde el año 1985 hasta 2022. Discriminar la información por rubro de gasto y componente. Así mismo, especificar los montos destinados al sector público y al sector privado en salud.

Respuesta 1 (rta doble)

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Grupo de Planeación, memorando 202212100346553.

El archivo en Excel "Anexo punto 01 SIIF" contiene lo relacionada con el presupuesto asignado al Sector Salud y Protección Social del periodo 2011 a julio de 2022 registrado en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF Nación. Cabe resaltar que en el mencionado sistema solo se encuentra disponible la información a partir de la



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 2 de 65

vigencia 2011, en ese sentido, es el Ministerio de Hacienda y Crédito Público la entidad competente de dar respuesta a la información correspondiente al periodo 1985 - 2010.

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de Financiamiento, memorando 202232000340573, en correspondencia con la respuesta de ADRES con radicado 20221422336852.

Con el fin de atender la proposición 10 del Honorable representante, se remite la ejecución presupuestal desde el año 2011 al 2022 en el “Anexo punto 01 Ejecución Presupuestal”.

Pregunta 2

Sírvase informar qué acciones y/o recursos fueron destinados en los últimos diez años para el saneamiento de las cuentas asociadas a servicios y/o tecnologías en salud, no financiadas con cargo a la Unidad de pago por capitación (UPC).

Respuesta 2

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Financiamiento Sectorial, memorando 202232000344743.

De acuerdo con su consulta, es importante señalar que, la Ley 1955 de 2019 implementó la política pública de “Acuerdo de Punto Final”, la cual tiene como objetivo la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS como vía para garantizar el derecho fundamental de salud en el mediano y largo plazo, a través de dos medidas: 1) el saneamiento de las cuentas asociadas a servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC; y 2) la transformación de los mecanismos de gestión y financiación de estos servicios para garantizar el acceso equitativo y eficiente para todos los usuarios de sistema.

Esta política ha permitido el saneamiento de las cuentas históricas que la ADRES (Régimen Contributivo) y las Entidades Territoriales (Régimen Subsidiado) tenían con los diferentes actores del SGSSS por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y la no repetición, a través de la centralización de la competencia que tenían los departamentos y distritos en el reconocimiento de dichos servicios y la implementación de los presupuestos máximos.

2.1 Acuerdo de Punto Final Nación



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 3 de 65

Para efectos de la implementación del Acuerdo de Punto Final Nación, se contemplaron dos mecanismos: i) el saneamiento de las cuentas de recobros derivadas de la prestación de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo (artículo 237 de la Ley 1955 de 2019); y ii) los acuerdos de pago suscritos con las EPS para atender el pago previo y/o acreencias por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de este régimen, prestados a 31 de diciembre de 2019 (artículo 245 de la Ley 1955 de 2019), sobre los cuales se informa lo siguiente en relación al desarrollo normativo:

- Saneamiento definitivo de las cuentas de recobros derivadas de la prestación de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del Régimen Contributivo (artículo 237)

Con el fin de implementar esta medida, se expidió el Decreto 521 de 2020 *“Por el cual se establecen los criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de los recobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo”*, modificado por los Decretos 1810 de 2020 *“Por el cual se modifica el Decreto 521 de 2020 en el sentido de incluir en el proceso de saneamiento los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del Régimen Contributivo, incluidos en fallos judiciales que ordenaron tratamientos integrales”* y 507 de 2022 *“Por el cual se modifica el Decreto 521 de 2020, en relación con los plazos para presentar los recobros al proceso de saneamiento por concepto de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del Régimen Contributivo y se dictan otras precisiones”*.

Así mismo, se expidió la Resolución 618 de 2020 a través de la cual se desarrolló el literal d) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2020, estableciendo los medios de prueba para el cumplimiento de los requisitos esenciales, y posteriormente la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES expidió la Resolución 2707 de 2020 adoptando los anexos técnicos requeridos para la implementación del proceso.

De otro lado, según lo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, se habilitó al Gobierno nacional para reconocer como deuda pública, las deudas reconocidas en el proceso liquidatorio de CAPRECOM, así como los pagos por servicios y tecnologías no financiadas por la UPC definidos en el literal c) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 4 de 65

(glosa transversal), los cuales corresponden aquellos que habían sido glosados y que a la fecha no habían sido prescritos, cuyo pago se encontraba pendiente toda vez que, no se contaba con la disponibilidad presupuestal.

Teniendo en cuenta la habilitación del mecanismo de reconocimiento como deuda pública se expidió i) el Decreto 1130 de 2019, por el cual se reconoce como deuda pública y se ordena el pago de las deudas reconocidas en el proceso liquidatorio de CAPRE-COM; y ii) el Decreto 1350 de 2019, por el cual se reconoce como deuda pública y se establecen las disposiciones para el pago de acreencias por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con recursos de la UPC a través del mecanismo excepcional de glosa transversal.

- Acuerdos de pago suscritos con las EPS para atender el pago previo y/o acreencias por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de este régimen, prestados a 31 de diciembre de 2019.

El artículo 245 de la Ley 1955 de 2019 habilitó de manera transitoria a la ADRES para suscribir acuerdos de pago con las EPS para giro previo y/o acreencias por servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo prestados hasta el 31 de diciembre de 2019. En desarrollo de lo cual se expidieron los siguientes actos administrativos:

- Resolución 848 de 2019, modificatoria de la Resolución 1885 de 2018, con miras a facilitar el trámite de radicación y continuar con las acciones de mejora en el flujo de recursos, en lo atinente al giro previo en el proceso de auditoría integral. Fue así como se definieron allí reglas para el caso en que el valor del pago previo sea inferior al monto resultante de aplicar la metodología con ocasión de la disponibilidad de recursos de la ADRES, de forma tal que se pueda girar la diferencia en caso de contar con los recursos.
- Decreto 1333 de 2019, a través del cual se habilitó a la Nación a reconocer como deuda pública los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC. Al mencionado decreto se le han realizado las siguientes modificaciones:



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 5 de 65

i) Decreto 687 de 2020, modifica el Decreto 1333 de 2019 lo relacionado con la consolidación de los acuerdos de pago y los plazos y condiciones para el reconocimiento como deuda pública por parte de la Nación.

ii) Decreto 1649 de 2020 y 530 de 2021, modifica el giro previo de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC.

2.2 Acuerdo de Punto Final Territorial

En lo relacionado con el saneamiento de cuentas por concepto de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados a los afiliados del Régimen Subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2019, el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, estableció el mecanismo para el saneamiento de dichas cuentas, definiendo que los departamentos y distritos, una vez agotadas las fuentes propias, podrán acceder a la cofinanciación por parte de la Nación para el pago de dichas deudas, teniendo en cuenta el esfuerzo fiscal histórico realizado por estas y el cumplimiento de los siguientes criterios: i) haber agotado las fuentes de financiación con las que cuenta la entidad territorial para el pago de dichas obligaciones y; ii) haber suscrito un contrato de transacción con la entidad acreedora con los requisitos que exige el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019; iii) y que el representante legal de la Entidad Territorial certifique los montos resultantes de la auditoría.

En desarrollo de las anteriores disposiciones, se expidió el Decreto 2154 de 2019, modificado por los decretos 1812 de 2020 y 209 de 2022, en los cuales se establecieron los términos y condiciones para la evaluación del esfuerzo fiscal de las entidades territoriales a efectos de establecer el monto de cofinanciación por parte de la Nación, así como la Resolución 3315 de 2019, modificada por la Resolución 2239 de 2020, para fijar los términos y condiciones para el reporte de la información sobre la aplicación de los recursos destinados al saneamiento de dichas deudas.

Como resultado de estas acciones, se informa que, treinta (30) entidades territoriales, de los 37 departamentos y distritos, implementaron al menos una fase de Acuerdo de Punto Final Territorial; dos (2) entidades territoriales no cumplieron con los requisitos para el giro de los recursos de nación, Guajira y Meta; y cinco (5) entidades territoriales manifestaron contar con los recursos suficientes para el saneamiento de estas cuentas (Bogotá, Vichada, Vaupés, San Andrés y Guaviare). Es importante señalar que la Ley 2159 de 2021, en su artículo 130 y reglamentado a través del Decreto 209 de 2022,



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 6 de 65

autorizó al Gobierno Nacional para la realización de operaciones de crédito hasta el primer semestre de la presente anualidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, los departamentos y distritos desde la implementación de esta política pública, alcanzaron un reconocimiento de deuda de \$1,83 billones, de los cuales la nación cofinanció \$1,13 billones (62%) y el valor restante, \$699,8 mil millones (38%) fue pagado con recursos de las entidades territoriales, como se relaciona en la tabla siguiente:

Tabla 1 Avance deudas reconocidas Acuerdo de Punto Final Territorial

Cifras en millones de pesos

Entidad Territorial	Deuda Reportada	Fuentes Propias	Valor Cofinanciación Nación
Antioquia	467.474	242.242	225.232
Cauca	148.031	32.437	115.595
Barranquilla	64.052	2.062	61.991
Nariño	52.088	37.479	14.609
Risaralda	40.199	11.480	28.719
Quindío	37.402	16.951	20.450
Caquetá	14.788	7.396	7.392
Guainía	1.996	1.996	0
Valle del Cauca	294.745	125.948	168.796
Cartagena	98.411	6.666	91.745
Santander	97.013	24.918	72.095
Tolima	85.390	17.113	68.277
Huila	57.151	13.312	43.839
Atlántico	55.676	21.918	33.758
Caldas	27.334	7.070	20.263
Santa Marta	15.506	4.025	11.480
Arauca	13.544	3.524	10.021
Sucre	69.417	34.940	34.478
Norte de Santander	58.514	4.284	54.230
Cundinamarca	32.061	22.186	9.875
Cesar	25.858	14.135	11.723
Bolívar	24.459	12.235	12.224
Córdoba	14.942	14.942	0
Boyacá	9.905	315	9.590
Buenaventura	7.213	3.769	3.444



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 7 de 65

Chocó	6.052	6.052	0
Magdalena	5.712	5.712	0
Casanare	5.139	2.481	2.658
Putumayo	1.337	1.337	0
Amazonas	966	966	0
TOTAL	1.832.376	699.890	1.132.486

Fuente: Anexos Técnicos cargados por las Entidades Territoriales y Evaluaciones de Esfuerzo Fiscal emitidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Corte a 30 de septiembre de 2022.

Preguntas 3 y 9

Sírvase informar cuál es el número de consultas y atenciones médicas anuales llevadas a cabo por el sistema de salud en Colombia desde el año 1995 hasta el 2022. Discriminar dicha información de forma anual.

Sírvase informar cuál es el número de atenciones en salud prestadas por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas y privadas. Por favor suministrar la información de manera anual desde 1995 hasta 2022. De existir alguna valoración sobre estas atenciones por favor remitir los informes pertinentes.

Respuesta 3 y 9

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina TIC, correo electrónico 06/10/2022.

Es de señalar que el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud - RIPS, sistema donde se almacenan todas las atenciones en salud del país, solo se normó en el año 2000, mediante Resolución 3374 y se empezó a recibir datos en el año 2001, sin embargo, la calidad de estos datos no fue la mejor debido a que se separaron los RIPS de la factura. En el año 2009 se realizó una reingeniería del proceso y se comenzó a realizar controles en la calidad del dato.

En los cubos de información, se comenzó a guardar datos a partir del año 2008. Conforme a lo anterior se presentan datos solo a partir del 2008 y hasta julio de 2022.

La cobertura de estos datos es de aproximadamente el 85% debido a que el flujo de datos definido en la resolución 3374 de 2000, era de la IPS que genero el dato a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB (dentro de las cuales se cuentan las EPS del régimen contributivo y subsidiado, los entes territoriales, y en general las aseguradoras de salud) y estas últimas reportaban los datos consolidados



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 8 de 65

de toda su red de prestadores al Ministerio de Salud y Protección Social, pero el reporte era siempre menor por validaciones y calidad de dato al entregado por las IPS.

Con la expedición de la Resolución 1036 de 2022, a partir del 1 de enero se comenzará a recibir los RIPS como soporte de la Factura electrónica de venta, con la oportunidad, calidad y coberturas al 100%.

La información requerida en relación con las preguntas 3 y 9 se encuentra en “Anexo puntos 3 y 9”. El total de atenciones reportadas por año, desde el año 2009 a julio de 2022, se encuentra en la fila 9 totalizadas año por año. Para la pregunta 9 el total por año por tipo de prestador, se encuentra en las filas 5 a la 8, desde el año 2009 a la fecha.

Pregunta 4

Sírvase informar cuál es el número de pacientes que ingresaron a los servicios de atención de urgencias en Colombia desde el año 1995 hasta 2022. Discriminar dicha información para cada una de las Empresas Sociales del Estado en el país.

El Ministerio de Salud y Protección social cuenta con información consolidada de ingreso a servicios de atención de urgencias en Colombia el desde el año 2009 al 2021, y cuyos datos se encuentran expuestos en la siguiente tabla:

Tipo de Atención - 3 - URGENCIAS		
Naturaleza Jurídica - PÚBLICA		
Etiquetas de fila	Número de Atenciones	Número de Personas Atendidas
2009	683.513	476.410
2010	945.081	617.620
2011	1.145.454	777.892
2012	1.183.020	781.548
2013	1.176.795	828.493
2014	1.785.569	1.206.154
2015	1.899.326	1.129.848
2016	1.519.442	1.078.254
2017	1.939.954	1.388.530



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 9 de 65

Tipo de Atención - 3 – URGENCIAS		
Naturaleza Jurídica – PÚBLICA		
Etiquetas de fila	Número de Atencio- nes	Número de Personas Atendidas
2018	1.819.444	1.304.355
2019	3.036.540	1.942.445
2020	2.474.564	1.514.609
2021	2.173.129	1.478.510
Total General	21.781.831	10.488.368

De otra parte, la discriminación de la información correspondiente de cada una de las Empresas Sociales del Estado, se encuentran en archivo anexo a este documento en formato Excel. Período 2009- 2022.

Pregunta 5

Sírvase informar cuál es el gasto promedio de cada ciudadano colombiano en atención y servicios de salud desde el año 1995 hasta la presente fecha. Discriminar para cada una su naturaleza pública o privada.

Respuesta 5 (rta doble)

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Financiamiento Sectorial, memorando 202232000344743.

El Ministerio de Salud y Protección Social genera la medición del gasto en salud mediante la metodología sugerida por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico –OCDE- denominada *System of Health Accounts 2011*¹ - SHA2011, que, según el consenso de expertos y organismos internacionales, constituye un estándar metodológico para la producción de cuentas de salud en el ámbito mundial, y los criterios de clasificación de la Organización Mundial de la Salud.

De acuerdo con esta metodología, para estimar el gasto promedio de cada ciudadano colombiano en atención y servicios de salud se calcula el gasto en salud per cápita, es decir, el gasto total en salud en relación con los habitantes; para lo cual, se utiliza la

¹ SHA 2011 (*System of Health Accounts 2011*), desarrollado por OCDE, Eurostat y OMS, propone adaptar las Cuentas de Salud a la evolución de los sistemas sanitarios alrededor del mundo, de modo que se pueda generar mayor y mejor información para el análisis del sector. Permite comparar resultados en el tiempo y entre países, superando las particularidades de cada sistema de salud, versión original en inglés fue lanzada oficialmente en la reunión anual de expertos de Cuentas de Salud de la OECD en París, Francia, en noviembre de 2011.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 10 de 65

población proyectada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE con base en el censo de 2018. A continuación, se presenta la serie de gasto en salud per cápita.

Tabla 2 Gasto en salud per cápita

Año	Gasto en salud per cápita, COP
1995	128.068
1996	177.266
1997	240.134
1998	267.515
1999	281.436
2000	272.444
2001	305.376
2002	316.261
2003	356.448
2004	401.310
2005	474.731
2006	556.382
2007	631.912
2008	736.807
2009	811.488
2010	835.257
2011	909.712
2012	966.811
2013	1.086.066
2014	1.195.191
2015	1.307.169
2016	1.389.125
2017	1.490.529
2018	1.560.827
2019p	1.741.875
2020p	1.628.633
2021p	1.752.910

P: Datos preliminares

Fuente: Cálculos propios del Ministerio de Salud y Protección Social – basados en información de la Superintendencia Nacional de Salud, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Departamento Nacional de Planeación, Departamento Nacional de Estadística, Superintendencia Financiera de Colombia, Libro Cuentas de salud de Colombia 1993-2003, El gasto nacional en salud y su financiamiento, Gilberto Barón Leguizamón (Ministerio de Salud y Protección Social -Programa de Apoyo a la Reforma de Salud –Departamento Nacional de Planeación)

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, memorando 202234000341783.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 11 de 65

Desde la óptica del gasto con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se aporta a la respuesta la información extraída de los actos administrativos que han definido el valor de la UPC en los regímenes contributivo y subsidiado, estos son: los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (1994-2009), Acuerdos de la Comisión de Regulación en Salud (2010-2012) y las diferentes Resoluciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013 en adelante).

Tabla 3 Valores UPC años 1994 a 2022 según régimen

Año	UPC Regimen contirbutivo	UPC-Regimen subsidiado
1994	113.000,00	59.000,00
1995	121.000,00	80.000,00
1996	144.595,00	100.000,00
1997	174.989,00	108.464,00
1998	207.362,00	128.530,00
1999	241.577,00	128.530,00
2000	265.734,00	141.480,00
2001	289.120,00	155.520,00
2002	304.154,00	168.023,00
2003	323.316,00	179.768,00
2004	344.974,00	192.344,00
2005	365.673,00	203.886,00
2006	386.881,00	215.712,00
2007	404.215,00	227.578,00
2008	430.488,00	242.370,00
2009	467.078,00	267.678,00
2010	485.013,00	281.836,00
2011	505.627,00	302.040,00
2012	547.639,00	433.667,00
2013	568.944,00	508.993,00
2014	593.978,00	531.389,00
2015	629.975,00	563.591,00
2016	689.508,00	616.849,00
2017	746.046,00	667.429,00
2018	804.463,00	719.690,00
2019	847.180,00	787.327,00



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 12 de 65

2020	892.591,00	829.526,00
2021	938.826,00	872.496,00
2022	1.109.221,20	964.807,20

Fuente: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, 2022.

Pregunta 6

Sírvase informar cuál es el número total de Entidades Promotoras de Salud (EPS) registradas en el país desde 1995 hasta la presente fecha. Discriminar para cada una su naturaleza pública o privada.

Respuesta 6

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

Se remite la relación de Entidades Promotoras de Salud habilitadas/autorizadas hasta la fecha, indicando que de acuerdo con la información del sistema de gestión documental se registra que, desde el año 1995 han existido 156 Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las cuales 134 son de naturaleza privadas, 20 públicas y 2 mixtas.

Adjunto se remite archivo Excel “Anexo punto 6”, en el que se detalla la información solicitada, señalando, respecto al contenido del anexo lo siguiente:

- En la columna “Situación actual” se discrimina si la EPS actualmente se encuentra autorizada y operando o si fue objeto de intervención forzosa administrativa para liquidar o liquidación voluntaria.
- En la columna “Tipo de entidad” se describe la clasificación y el régimen autorizado para la respectiva EPS. Lo anterior, para precisar que, algunas entidades han tenido cancelación de uno de los regímenes en operación y, sin embargo, operan el otro régimen o también, se liquidaron los dos regímenes que estaban operando, en diferente tiempo.
- En la columna “Naturaleza” se presenta la naturaleza jurídica de la entidad: pública, privada o mixta.

Pregunta 7

Sírvase informar cuál es el número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) registradas en el país desde 1995 hasta la fecha. Por favor señalar a que



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 13 de 65

Empresas Promotoras de Salud (EPS) prestan sus servicios cada una de dichas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Respuesta 7

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, memorando 202223110344343.

El Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con información almacenada en copias de seguridad desde el año 2011, por lo cual se entrega la información desde la primera copia de seguridad con que se cuenta en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS (enero 2011) hasta la fecha:

FECHA DE CORTE REPS	CANTIDAD DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – IPS
Primera copia REPS Enero 2011	10.410
Diciembre 2011	9.917
Diciembre 2012	10.733
Diciembre 2013	11.194
Diciembre 2014	11.501
Diciembre 2015	10.315
Diciembre 2016	10.498
Diciembre 2017	10.506
Diciembre 2018	10.522
Diciembre 2019	10.634
Diciembre 2020	10.899
Diciembre 2021	11.287
Agosto 3 2022	11.499

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, inicia su operación por medio de cargue de información proveniente de archivos magnéticos CD's o disquete 31/2, como lo menciona el decreto 1011 de 2006 en su artículo 16 Reporte de Novedades. Cada registro de novedades lo realizaba la Entidad Departamental o Distrital de Salud a este ministerio los cinco primeros días de cada mes.

Es a partir del mes de enero 2011, se inicia el proceso acorde con las políticas de copias de seguridad de información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS bajo el liderazgo de la Oficina de OTIC. En esta primera copia de seguridad del año 2011 se visualiza la siguiente información histórica de los prestadores de servicios de salud inscritos en vigencias anteriores:



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 14 de 65

FECHA DE CORTE REPS	CANTIDAD DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – IPS
Diciembre 2010	10.338
Diciembre 2009	9.001
Diciembre 2008	7.727
Diciembre 2007	6.372
Diciembre 2006	4.911
Diciembre 2005	2.451
Diciembre 2004	2.310
Diciembre 2003	2.152
Diciembre 2002	7
Diciembre 2001	3
Diciembre 2000	3
Sin fecha de apertura	2

Para dar respuesta a la segunda parte de la pregunta, es necesario consultar a la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, por ser la dependencia competente por tener la información correspondiente a las EPS.

Pregunta 8

Sírvase informar qué porcentaje de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son girados directamente desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) hacia las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas y privadas, y a los proveedores de tecnologías en salud.

Respuesta 8

Responde: ADRES, radicado 20221201652201 (20221422336852).

Previo a dar respuesta al presente interrogante, resulta pertinente hacer referencia al marco normativo del mecanismo de giro directo de la Unidad de Pago por Capitación -UPC, así como a la responsabilidad en la determinación de los beneficiarios y montos objeto de giro, teniendo en cuenta las relaciones contractuales entre entidades aseguradoras y su red de prestadores y proveedores.

Así las cosas, es necesario remitirse al artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, el cual dispone que los recursos de la UPC, resultado de la liquidación del régimen subsidiado son objeto de giro directo desde la ADRES, en nombre de la Entidad Territorial a las EPS y, de estas últimas, a las



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 15 de 65

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a los proveedores de servicios y tecnologías incluidos en el plan de beneficios.

En lo correspondiente al giro directo a las IPS, el Ministerio de Salud y Protección Social lo reglamentó mediante la Resolución 2320 de 2011, modificada por la Resolución 4182 del mismo año, derogada por la Resolución 1587 de 2016 modificada por la Resolución 4621 del mismo año, en la que se incluyó el reporte de las facturas o documentos equivalentes por los que se giraba.

De esta manera, para las EPS del régimen subsidiado, el porcentaje de giro directo de que trata el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, varía de acuerdo con lo reportado por las EPS y la modalidad de contratación, capitación por el 100% y el resto de las modalidades 50%, en observancia de lo dispuesto en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007.

Posteriormente, con la expedición del artículo 10 de la Ley 1608 de 2013 se estableció que las EPS -sin distinción de régimen de salud- que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente, girarán como mínimo el 80% de las UPC reconocidas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Para el régimen contributivo la reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social tuvo lugar con la Resolución 654 de 2014.

Sea del caso indicar que el artículo 259 de la Ley 1753 de 2015 incluyó entre las EPS a las que aplica el mecanismo de giro directo a aquellas que *“no cumplan las metas del régimen de solvencia, conforme a la normatividad vigente y de acuerdo con la evaluación que para el efecto publique la Superintendencia Nacional de Salud”*. Esto fue objeto de reglamentación por parte de la Resolución 3503 de 2015.

Actualmente, el artículo 239 de la Ley 1955 de 2019, el cual no ha sido objeto de reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, prevé que el giro directo se adelantará para los recursos de las UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, a todas las instituciones y entidades que presten servicios de salud y que provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, así como a los proveedores de estos. En esta oportunidad se aclaró que *“No estarán sujetas a lo dispuesto en este artículo las EPS adaptadas del Estado y aquellas que en su desempeño financiero cumplan con el patrimonio adecuado”*.

En este punto, debe precisarse que con la expedición de la Ley 1955 de 2019 y la derogatoria de los artículos 259 de la Ley 1753 de 2015 de y 7 de la Ley 1797 de 2016, se excluyó del mecanismo de giro directo -hasta tanto se reglamente- a las EPS que incumplan el régimen de



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 16 de 65

solvencia. Así mismo, se aclara que los artículos que en la actualidad soportan el referido mecanismo son: i) el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, ii) el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, iii) el artículo 239 de la Ley 1955 de 2019 y iv) el artículo 3 de la Ley 2026 de 2021 recientemente reglamentado por el Decreto 647 de 2022, para el caso de atenciones a la población menor de edad con presunción o diagnóstico de cáncer.

Ahora bien, en lo relativo a la programación del giro en los porcentajes establecidos en la Ley, se debe indicar que tal como se expresó en el artículo 7 de la Resolución 1587 de 2016, “El monto reportado por las EPS (...), debe ser el resultado de la ejecución y forma de pago pactada en los acuerdos de voluntades, por lo que en ningún caso, este Ministerio [de Salud y Protección Social] o el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA [Hoy ADRES] asumirá responsabilidad en relación con aspectos tributarios o contractuales”, de manera que dicho giro “no modifica las obligaciones contractuales entre EPS e IPS”.

Precisado lo anterior, a continuación, se detalla la información relativa al giro directo efectuado por la ADRES en cumplimiento de la función establecida en el literal d) del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, discriminando el valor de la UPC liquidada por los afiliados a los regímenes subsidiado y contributivo, el valor de giro directo (incluyendo las diferentes modalidades antes descritas), la naturaleza del prestador destinatario de los recursos, así como el valor girado y el porcentaje respecto a la UPC liquidada, así:

Tabla 4 Régimen subsidiado

Valores en pesos

Vigencia	Valor UPC liquidada (\$)	Valor giro directo (\$)	Naturaleza del prestador	Valor giro directo por naturaleza (\$)	Porcentaje de giro respecto de la UPC
2018	19.462.674.243.378,80	13.608.819.547.058,00	Mixta	122.977.928.114,00	0,63%
			Privada	6.957.146.234.582,00	35,75%
			Proveedor	492.980.969.326,00	2,53%
			Pública	6.035.714.415.036,00	31,01%
2019	21.999.027.398.203,60	15.656.251.630.636,00	Mixta	126.234.415.586,00	0,57%
			Privada	7.654.853.900.339,00	34,80%
			Proveedor	646.912.356.225,00	2,94%
			Pública	7.228.250.958.486,00	32,86%
2020	24.580.856.460.067,50	16.499.521.572.294,00	Mixta	217.526.149.406,00	0,88%
			Privada	8.229.917.774.987,00	33,48%
			Proveedor	700.824.327.621,00	2,85%
			Pública	7.351.253.320.280,00	29,91%
2021	25.967.247.168.601,30	16.539.293.736.072,00	Mixta	272.365.451.177,00	1,05%
			Privada	8.326.697.845.163,00	32,07%
			Proveedor	719.933.675.728,00	2,77%
			Pública	7.220.296.764.004,00	27,81%
2022	22.184.013.258.849,70	12.547.526.998.844,00	Mixta	169.844.857.873,00	0,77%
			Privada	6.498.283.725.781,00	29,29%



estos datos:



Fecha: **07-10-2022**

Página 17 de 65

Vigencia	Valor UPC liquidada (\$)	Valor giro directo (\$)	Naturaleza del prestador	Valor giro directo por naturaleza (\$)	Porcentaje de giro respecto de la UPC
			Proveedor	526.516.442.160,00	2,37%
			Pública	5.352.881.973.030,00	24,13%

Fuente: *Aplicativo de la Liquidación Mensual de Afiliados -LMA*

Tabla 5 Régimen contributivo

Valores en pesos

Vigencia	Valor UPC liquidada (\$)	Valor giro directo (\$)	Naturaleza del prestador	Valor giro directo por naturaleza (\$)	Porcentaje de giro respecto de la UPC
2018	20.842.928.247.509	4.746.755.110.410	Privada	4.008.490.754.095	19,23%
			Proveedor	379.248.753.906	1,82%
			Pública	333.637.089.671	1,60%
			Mixta	25.378.512.738	0,12%
2019	22.352.012.460.797	5.549.182.140.992	Privada	4.707.274.419.850	21,06%
			Pública	397.031.678.128	1,78%
			Proveedor	375.133.699.684	1,68%
2020	23.800.505.723.615	3.447.334.239.385	Mixta	69.742.343.330	0,31%
			Privada	2.825.181.388.623	11,87%
			Pública	369.225.009.435	1,55%
			Proveedor	215.966.508.213	0,91%
2021	26.868.989.866.429	2.585.779.400.668	Mixta	36.961.333.114	0,16%
			Privada	2.074.098.219.091	7,72%
			Pública	299.760.960.306	1,12%
			Proveedor	189.979.282.787	0,71%
2022	16.289.876.351.051	799.290.619.571	Mixta	21.940.938.484	0,08%
			Privada	579.911.598.835	3,56%
			Pública	151.231.515.913	0,93%
			Proveedor	63.739.549.885	0,39%
			Mixta	4.407.954.938	0,03%

Fuente: *Aplicativo del proceso de compensación*

Pregunta 10

Sírvase informar cual es el índice de suficiencia e insuficiencia de la Unidad De Pago Por Capitación (UPC) que ha tenido el sistema de salud durante los últimos diez años. Por favor explicar la metodología de éste índice y su variación.

Respuesta 10

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, memorando 202234000341783.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 18 de 65

Sea lo primero mencionar que, la metodología de estimación de la Unidad de Pago por Capitación está basada en métodos actuariales para el cálculo de la prima, cumpliendo con principios como:

- Carga por riesgo no negativa, el cual determina que la prima pura de riesgo es menor o igual al monto esperado de las reclamaciones
- No engaño, el cual determina que la prima no puede ser superior al máximo valor de las reclamaciones

El método utilizado corresponde al LOSS RATIO, el cual busca encontrar el incremento necesario sobre las primas actuales para garantizar que la ecuación fundamental del seguro se encuentre balanceada, se basa en la estimación de dos variables principales a saber:

La frecuencia la cual se define como el número de atenciones recibidas por los afiliados al sistema general de seguridad social en salud dividido entre el número de afiliados expuestos.

La severidad que es el costo promedio de las atenciones recibidas por los afiliados al sistema general de seguridad social en salud

Por lo expuesto anteriormente, las primas comerciales (UPC) durante los últimos 10 años han sido suficientes para garantizar la financiación de los servicios y tecnologías en salud que han formado parte de la cobertura en cada uno de los años, lo anterior teniendo en cuenta la dinámica de inclusión de los servicios y tecnologías en salud derivada de la Ley 1438 de 2011 artículo 25, así como el proceso gradual de la unificación de las coberturas de los regímenes contributivo y subsidiado.

Para ahondar en la metodología de cálculo encuentra disponibles los estudios realizados desde el año 2006 en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>

Pregunta 11

Sírvase informar cuál es el monto de la deuda de los entes territoriales respecto de la prestación de servicios incluidos y no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 19 de 65

Respuesta 11

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Financiamiento Sectorial, memorando 202232000344743.

11.1 Unidad de Pago por Capitación UPC

De conformidad con lo previsto en el literal f) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993, por cada persona afiliada y beneficiaria del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, las Entidades Promotoras de Salud - EPS recibirán una Unidad de Pago por Capitación - UPC, definida como la prima por aseguramiento que se reconoce para la atención de cada usuario y corresponde al valor anual girado a las EPS por cada uno de los afiliados al Sistema para cubrir las prestaciones de los servicios y tecnologías financiadas con esta fuente, de los Regímenes Subsidiado y Contributivo, la cual es definida anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Ahora bien, el Gobierno Nacional mediante el Decreto 971 de 2011, compilado en el Decreto 780 de 2016, definió el mecanismo para realizar el giro de los recursos del Régimen Subsidiado a las EPS y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS. Dicho mecanismo se denomina Liquidación Mensual de Afiliados LMA y consiste en la liquidación del valor de las UPC que corresponden a cada EPS por Entidad Territorial de acuerdo con la afiliación y novedades que son reportadas por las EPS en la Base de Datos Única de Afiliados BDUA y validadas por las Entidades Territoriales.

Los recursos, producto de la liquidación de la UPC del Régimen Subsidiado, en virtud de lo establecido en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, son objeto de giro directo desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, en nombre de la Entidad Territorial a las Entidades Promotoras de Salud - EPS, y en nombre de estas últimas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y a los proveedores de servicios y tecnologías incluidos en el plan de beneficios. La ADRES publica mensualmente en su página web la LMA, en donde se identifican plenamente: i) los recursos liquidados por cada una de las fuentes, ii) los valores que son girados directamente por ADRES y iii) los recursos que deben ser girados directamente por las entidades territoriales.

Así mismo, el mencionado Decreto 780 de 2016 determina que las entidades territoriales deben realizar el registro presupuestal de los recursos girados con situación



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 20 de 65

y sin situación de fondos y ser ejecutados y registrados en el compromiso presupuestal y su respectiva ejecución debe realizarse en concordancia con los resultados de la información publicada en la Liquidación Mensual de Afiliados – LMA, esto es, en el caso de los recursos con situación de fondos asignados a las EPS, es deber de la entidad territorial realizar el pago respectivo.

En este contexto, existen recursos de la fuente de Esfuerzo Propio que debieron ser girados por las Entidades Territoriales para la financiación del aseguramiento en salud del Régimen Subsidiado, por lo que en la siguiente tabla se muestran los valores reportados como deuda por las EPS, en cumplimiento de la Nota Externa No. 211506 de 2016, con corte al 31 de diciembre de 2021:

Cifras en Millones de Pesos \$

EPS-S	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
AIC	85.52	42.49	44.17	7.84	19.67	62.71	103.99	63.45	47.15	345.18	.01
ANAS WAYUU EPS	109.62	2.92	18.13		266.60	189.43	166.00	107.71	300.95	242.10	94.92
ASMET SALUD EPS	407.93	932.89	325.46	275.67	362.97		77.39	442.55	408.05	1.221.73	739.65
CAPITAL SALUD				35.65	.05	.12	.14	.00	.21	.30	248.47
CAPRESOCA											.00
COMFACHOCO	103.71	1.114.33	1.506.04					408.07	851.97	78.84	.01
COMFAMILIAR GUAJIRA					329.99	269.36			415.71	302.71	17.97
COMFAMILIAR NARIÑO					53.34	2.55					
COMFAORIENT E							29.21			329.22	734.17
COMFASUCRE	67.61	234.06	183.53	402.48	37.78	87.60	133.89	297.47	332.08	595.53	33.96
COMFENALCO VALLE							4.52		18.96	31.89	34.03
COMPARTA EPS	481.80	1.117.16	943.52	944.74	413.35	92.05	64.59	422.07	1.004.94	1.020.13	50.23
COMPENSAR EPS				.04			.47	.48		69.77	69.71
DUSAKAWI	100.01	182.26	97.45	28.86	330.00	332.92	47.61	2.28	262.41	134.52	158.13
ECOOPSOS	37.04	137.64	1.04	.29	1.08	72.72	63.23		.07	690.44	473.86
EPS SANITAS				.19	5.94	8.82	55.94	3.37	3.75	50.80	454.03
FAMISANAR EPS					23.39	26.04	20.93	8.92	1.91	22.46	98.94
MALLAMAS EPS	74.51	70.80	15.95	280.01	57.78	65.45	23.05	15.01	77.51	88.27	55.36
NUEVA EPS						538.15	1.342.63	519.94	599.89	4.942.72	1.180.23
PIJAOS SALUD EPS							.04				6.62
SALUD TOTAL EPS				2.44	137.20	.68	105.00	27.57	14.20	53.57	62.47



estos datos:



Fecha: **07-10-2022**

Página 21 de 65

EPS-S	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
SAVIA SALUD					7.85		10.13	1.19		.10	.01
SOS EPS					.33	.06	.02	53.42	75.86	102.05	63.82
TOTALES	1.467.75	3.834.53	3.135.30	1.978.21	2.047.33	1.748.64	2.248.74	2.373.51	4.415.65	10.322.32	4.576.58

Fuente: MSPS – Nota Externa 211506 de 2016.

11.2 Acuerdo de Punto Final Territorial

En lo relacionado con la deuda de las entidades territoriales por concepto de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados a los afiliados del Régimen Subsidiado, si bien en la respuesta al numeral 2 de su petición se señalaron los recursos que fueron saneados en el marco de la política pública denominada Acuerdo de Punto Final, este Ministerio no cuenta con información respecto de las cuentas de las entidades territoriales que quedaron reconocidas y pendientes de pago, toda vez que esa información no es reportada a esta entidad. Así mismo, es importante señalar que, las entidades territoriales departamentales y distritales son las responsables del proceso de reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados a los afiliados del régimen subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2019.

Pregunta 12

“Sírvese informar cuál ha sido la oportunidad de giro de la cartera por parte de los entes territoriales a las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) cuando han administrado los recursos correspondientes.”.

Respuesta 12

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

Respecto a la oportunidad del giro de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado que son de la entidad territorial y administrados por la ADRES en el marco del Decreto 780 de 2016, se presenta el porcentaje de giro efectuado con corte a 31 de diciembre de 2021 y a junio de 2022, en el cual se puede observar el grado de cumplimiento en el giro de los recursos:

Tabla 6 Giro Financiación y Cofinanciación Régimen Subsidiado (Entidades Territoriales)



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 22 de 65

DANE	Departamento / Distrito	Cofinanciación - Financiación Régimen Subsidiado Depto. o Distrito año 2021	% Cumpliment o Giro diciembre 2021	Cofinanciación - Financiación Régimen Subsidiado Depto. o Distrito Jun22	% Cumplimiento Giro junio 2022
05	ANTIOQUIA	299.879	100%	138.915	100%
08	ATLÁNTICO	60.462	95%	35.179	100%
13	BOLÍVAR	41.008	100%	25.666	100%
15	BOYACÁ	63.004	100%	34.201	100%
17	CALDAS	59.628	100%	30.084	100%
18	CAQUETÁ	12.487	100%	7.960	100%
19	CAUCA	46.160	100%	22.282	100%
20	CESAR	18.819	100%	11.929	100%
23	CÓRDOBA	35.688	100%	22.777	100%
25	CUNDINAMARCA	176.708	100%	100.381	100%
27	CHOCÓ	14.888	100%	6.359	100%
41	HUILA	39.289	100%	23.253	100%
44	LA GUAJIRA	7.750	100%	6.994	100%
47	MAGDALENA	21.681	99%	14.490	100%
50	META	42.220	100%	23.719	100%
52	NARIÑO	43.947	90%	22.531	100%
54	NORTE DE SANTANDER	29.594	84%	17.041	84%
63	QUINDIO	35.074	100%	19.018	100%
66	RISARALDA	43.728	100%	30.704	100%
68	SANTANDER	82.838	100%	44.576	100%
70	SUCRE	13.528	98%	9.975	100%
73	TOLIMA	45.765	100%	27.514	100%
76	VALLE DEL CAUCA	237.585	100%	105.178	100%
81	ARAUCA	7.335	100%	4.389	100%
85	CASANARE	15.456	100%	8.264	100%
86	PUTUMAYO	8.033	91%	4.686	100%
88	SAN ANDRÉS	3.597	100%	1.824	100%
91	AMAZONAS	3.425	88%	1.835	100%
94	GUAINÍA	2.243	100%	1.435	100%
95	GUAVIARE	4.754	100%	2.402	100%
97	VAUPÉS	1.530	100%	1.110	100%
99	VICHADA	2.370	100%	1.443	100%
08001	BARRANQUILLA	19.600	89%	9.499	100%
11001	BOGOTÁ, D.C.	297.817	100%	104.637	100%
13001	CARTAGENA	1.355	100%	972	100%
47001	SANTA MARTA	1.946	29%	934	24%
13468	MOMPÓS	555	100%	229	100%



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 23 de 65

DANE	Departamento / Distrito	Cofinanciación - Financiación Régimen Subsidiado Depto. o Distrito año 2021	% Cumpliment o Giro diciembre 2021	Cofinanciación - Financiación Régimen Subsidiado Depto. o Distrito Jun22	% Cumplimiento Giro junio 2022
44001	RIOHACHA	555	100%	229	100%
52835	SAN ANDRES DE TUMACO	555	100%	229	100%
68081	BARRANCABERMEJA	1.977	100%	912	92%
76001	CALI	555	100%	290	100%
76109	BUENAVENTURA	2.879	34%	1.382	17%
05837	TURBO	555	100%	229	100%
TOTAL		1.848.825	99%	927.654	99%

Fuente: Reporte Adres LMA consultado en <https://www.adres.gov.co/eps/regimen-subsidiado/resumen-lma>

Pregunta 13

Sírvase informar cuál fue la utilidad neta de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de naturaleza pública, mixta y privada en Colombia entre 2012 y 2022. Por favor discriminar información por año, tipo de EPS según su naturaleza jurídica, en formato Excel.

Respuesta 13

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

De conformidad con el requerimiento 13, se envía relación de las EPS habilitadas a julio 31 de 2022 con el saldo del resultado neto del ejercicio al cierre de las vigencias 2016 a 2021 y con corte a julio de 2022, con base en la información financiera disponible, la cual fue reportada por cada una de las Entidades Promotoras de Salud Privadas, Públicas e Indígenas (EPS-I Entidades Promotoras de Salud Indígenas). Esta información fue recibida mediante el archivo tipo FT001 “Catálogo de Información Financiera” en la plataforma nRVCC dispuesta por esta Superintendencia para tal fin, en cumplimiento de la Circular Externa 016 de 2016² y sus modificatorios.

Se adjunta archivo en formato Excel denominado “Anexo punto 13” con la clasificación por naturaleza de cada entidad vigilada y con los saldos mencionados en pesos colombianos.

² “Por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la circular 047 de 2007 – información financiera para efectos de supervisión.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 24 de 65

Vale la pena mencionar que las siguientes entidades fueron creadas a partir de la aprobación de planes de reorganización institucional (PRI), por tanto, la información financiera presentada, obedece al reporte desde la vigencia relacionada al inicio de operaciones respectivo: Emssanar S.A.S., Ecoopsos S.A.S., Asmet Salud EPS S.A.S., Coosalud EPS S.A y EPS Familiar de Colombia que entró en operación desde mayo de 2022. Así mismo, se incluye información de las EPS Convida y la Caja de Compensación Familiar de Huilla, que actualmente se encuentran en liquidación, pero a julio 31 de 2022 aún estaban habilitadas.

A la fecha de elaboración de la presente respuesta, la EPS-I Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y la Guajira "DUSAKAWI EPS-I", no había realizado el reporte del archivo tipo FT001, correspondiente al mes de julio de 2022.

**Se incorporan los datos de Comfamiliar Huila EPS y Convida EPS, aclarando que estas entidades desde agosto de 2022 se encuentran en liquidación.

Respecto a la información financiera relacionada con la utilidad neta de las EPS correspondiente a los periodos 2012 a 2015, se informa que, para esa época los reportes de los catálogos financieros con fines de supervisión se realizaban en archivos con formatos diferentes a los creados a partir de la expedición de la Circular Externa 016 de 2016, cuyo objetivo se resume a continuación:

*"Emitir instrucciones relacionadas con el reporte de información financiera por parte de las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud. **Este reporte de información se encuentra alineado con los nuevos marcos técnicos normativos de información financiera y contable reglamentarios de la Ley 1314 de 2009.***

Con el fin de cumplir este objetivo, la Circular Externa 016 de 2016 define para efectos de supervisión a los preparadores de información financiera clasificados en los Grupos 1, 2 y 3, la estructura de conceptos financieros de reporte mediante catálogos. Respecto de las entidades que aplican el régimen de contabilidad pública, clasificadas en los marcos técnicos normativos expedidos por la Contaduría General de la Nación, se aplicará la estructura definida por la referida entidad.

Así mismo, la Circular Externa 016 de 2016 contiene reportes de información complementaria financiera a los catálogos de información financiera con fines de supervisión en estructura de anexos técnicos, los cuales están dirigidos a las entidades que de manera expresa se señalen,



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 25 de 65

bien sea aquellas clasificadas en los Grupos 1, 2 y 3, así como las clasificadas en los marcos técnicos normativos de las que aplique el Régimen de Contabilidad Pública.”³ (énfasis suplido)

Por tanto, antes de la implementación de la citada circular, los sujetos vigilados reportaban su información financiera separada, empleando como identificación unos códigos de habilitación por tipo de negocio habilitado y no de forma consolidada bajo una única persona jurídica y Nit de identificación, como ocurre en la actualidad. Consecuencia de lo anterior, y como efecto de la transición entre los planes generales de contabilidad aceptados (PGCA) y las NIIF del sector salud, la información financiera reportada por las entidades no sería comparativa entre los periodos 2012 a 2015 frente a 2016 a 2022.

Sin embargo, los catálogos de información financiera de las EPS en los cuales se puede evidenciar el saldo de la utilidad del ejercicio objeto de la pregunta No. 13, se encuentran publicados en la página web de esta Superintendencia para consulta, utilizando el siguiente enlace:

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

Preguntas 14 y 15

Sírvase informar cual fue la utilidad neta de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de naturaleza privada en Colombia para los años 2012 al 2022 discriminando la información por año en formato Excel.

Sírvase informar cual fue la utilidad neta de las Empresas Sociales del Estado (ESE) para los años 2012 al 2022 discriminando la información por año en formato Excel.

Respuestas 14 y 15

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

Como respuesta a las preguntas anteriores se informa que la Superintendencia Nacional de Salud, desde el año 2016 publica en su página web, el “Informe de resultados financieros del sector salud” (<https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas> apartado: Estudios sectoriales) en el cual se detallan los

³ Abecé Circular Externa 016 de 2016

Circular Financiera. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/portalweb/comunicaciones/memoriaseventos/abece-circular-externa-0016-de-2016.pdf>



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 26 de 65

ingresos y utilidades por tipo de actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud; esta información es construida a partir de los estados financieros reportados a esta entidad, que de igual manera se encuentran publicados en el enlace (<https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas> apartado: Estadísticas de los sujetos vigilados), por ende, la información solicitada puede ser consultada de manera desagregada en los enlaces compartidos.

Es preciso indicar que la información publicada se consolida a partir de los reportes efectivamente realizados por los prestadores de servicios de salud, no obstante, algunos prestadores no han realizado el reporte a la fecha del presente informe. Esta consideración aplica de igual manera a las preguntas 17, 19, 20, 21 y 22.

Respecto de la información que reposa en los enlaces indicados, y en consideración al volumen que representan los mismos, a manera de consolidado y síntesis, se resume lo solicitado en el siguiente cuadro:

Tabla 7 Utilidad Neta Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para los años 2012 a 2021

Vigencia	Resultado neto (Cifras expresadas en millones de pesos)
2012	844.546
2013	1.656.870
2014	5.636.804
2015	3.731.704
2016	1.059.671
2017	1.987.741
2018	2.423.381
2019	2.968.967
2020	3.184.630
2021	4.961.583

Fuente: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>

Se precisa que esta información se encuentra al corte del año 2021, toda vez que, para la vigencia en curso, (2022) aún no se ha reportado, depurado y consolidado la totalidad de la información comparable.

Cabe mencionar, que con la expedición de la Circular Externa 016 del 04 de noviembre de 2016 la Superintendencia Nacional de Salud impartió instrucciones para que sus



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 27 de 65

vigilados reportaran la información financiera, de acuerdo con las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), dando cumplimiento a los nuevos marcos técnicos normativos definidos en la Ley 1314 de 2009 y sus posteriores decretos reglamentarios.

Es así como a partir de 2016 el sector salud implementó las NIIF con la adopción de los catálogos de información financiera con fines de supervisión, por lo que se dejó de recibir la información financiera de los vigilados como lo establecía la normativa anterior que estaba enmarcada en el Plan Único de Cuentas (PUC). Por tanto, se resalta cómo esta información financiera no es comparable entre los 2 marcos técnicos normativos, por lo que se presenta dicha información a partir de 2016.

Pregunta 16

Sírvase suministrar la siguiente información en relación con las EPS de naturaleza pública, mixta y privada, las IPS de naturaleza privada y las ESE:

- Monto total de Cartera Corriente
- Monto de la cartera superior a sesenta (60) días
- Monto de la cartera a ciento ochenta (180) días
- Monto de la cartera superior a ciento ochenta (180) días
- Número y monto de facturas no radicadas de servicios ya prestados.

Respuesta 16

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

De conformidad con el requerimiento No. 16, se envía en el archivo "Anexo punto 16" la relación de las EPS habilitadas a julio 31 de 2022, con el saldo de las cuentas por pagar a este corte en pesos colombianos, clasificado por edades de vencimiento con base en la información financiera disponible. Esta información fue reportada por cada una de las Entidades Promotoras de Salud mediante el archivo tipo FT004 "Cuentas por Pagar Acreedores" en la plataforma nRVCC en cumplimiento de la Circular Externa 016 de 2016 y sus modificatorias.

**A la fecha de elaboración de la presente respuesta, la Entidad Adaptada Empresas Públicas de Medellín y la EPS-I Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y la Guajira "DUSAKAWI EPS-I" no habían realizado el reporte del Archivo Tipo FT004, correspondiente al mes de julio de 2022.*



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 28 de 65

***Se incorporan los datos de Comfamiliar Huila EPS y Convida EPS, sin embargo, se indica que estas entidades desde agosto de 2022 se encuentran en liquidación.*

Pregunta 17

Sírvase informar el monto de las deudas a las instituciones prestadoras de salud por deudor.

Respuesta 17

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

La información relacionada con cartera se consolida a partir del reporte realizado por los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud a través de los Archivos Tipo FT003 “Cuentas por cobrar- deudores”, FT004 “Cuenta por pagar- Acreedores” y “SIHO Deudores”.

Las cuentas por cobrar reportadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a junio de 2022 ascienden a \$43.2 billones; la desagregación total por tipo de deudor reportado se puede observar en la siguiente tabla. Las entidades con mayor concentración de deuda a la IPS corresponden a las EPS que operan el régimen contributivo (28%), seguida de las deudas no definidas (19%), (ya que no se identifica el tipo con la información reportada por las instituciones); luego, las EPS que a la fecha se encuentran inactivas (17%). De la deuda total, el 26.1% corresponde al reporte realizado por las IPS públicas.

No obstante, se debe reiterar lo indicado para la respuesta a las preguntas 14 y 15, que la información disponible se consolida a partir de los reportes efectivamente realizados por los prestadores de servicios de salud, existiendo prestadores que no han realizado el reporte a la fecha del presente informe.

Tabla 8 Deudas a las instituciones prestadores de salud por deudor

1. Tipo Deudor	Total CXC (Cifras expresadas en pesos)
EPS Contributivo	12.063.738.556.142
No identificado	8.043.316.092.058
EPS Inactiva	7.469.681.172.687



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 29 de 65

1. Tipo Deudor	Total CXC (Cifras expresadas en pesos)
EPS Subsidiado	4.442.392.273.275
IPS privadas	3.390.230.215.018
Otro	1.643.813.034.773
Otras Aseguradoras	1.556.349.130.490
Entidades Departamentales	988.680.851.279
ADRES, FOSYGA, Consorcio SAYP, MINSALUD	916.683.266.781
Régimen Especial	479.710.169.543
Aseguramiento Privado	432.768.300.597
IPS Públicas	427.932.752.812
Prestador con Objeto Social Diferente	262.603.311.013
Profesional Independiente	243.494.179.227
Outsourcing	223.003.029.068
Entidades Municipales	189.821.870.064
IPS Mixtas	102.713.712.194
Operador Logístico	57.064.846.058
Servicios financieros	51.589.516.789
Entidades Adaptadas	40.027.749.903
Otras EAPB Inactivas	39.710.281.002
Gestores farmacéuticos	34.479.055.550
Industria Farmacéutica	26.282.098.881
Dispositivos Médicos e Insumos	20.315.106.081
Transporte Especial de Pacientes	14.059.639.032
Dispositivos Médicos e Insumos y Operadores logísticos	13.555.878.993
Estadía, tiquetes y alimentación	7.821.647.813
Aseguradoras SOAT	7.046.209.863
Infraestructura	4.591.431.517
Gases Industriales y medicinales	870.322.614
Gestores farmacéuticos y Operadores logísticos	810.049.112
Dispositivos Médicos e Insumos y Operadores logísticos	527.797.698
Persona Natural	401.350.281
Gases industriales y medicinales y Dispositivos Médicos e Insumos	138.723.315
Otros costos indirectos asociados a la atención en salud	65.389.330
Generadores	22.702.115
Dispositivos Médicos e Insumos	8.382.195
Total	43.196.320.095.163

Fuente: anexos técnicos FT003 "Cuentas por cobrar- deudores", FT004 "Cuenta por pagar- Acreedores" y SIHO Deudores.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 30 de 65

Pregunta 18

Sírvase informar el monto total de las deudas de las Entidades Promotoras de Salud por deudor. Discriminar por EPS.

Respuesta 18

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

Se remite en formato Excel el archivo "Anexo punto 18", que contiene el detalle de las obligaciones reportadas por las EPS-EAS a través del Archivo Tipo FT004 – Cuentas Por pagar acreedores, con corte a julio de 2022 de las entidades habilitadas a ese corte.

*A la fecha de elaboración de la presente respuesta, la Entidad Adaptada Empresas Públicas de Medellín y la EPS-I Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y la Guajira "DUSAKAWI EPS-I" no habían realizado el reporte del Archivo Tipo FT004.

**Se incorporan los datos de Comfamiliar Huila EPS y Convida EPS, sin embargo, se indica que estas entidades desde agosto de 2022 se encuentran en liquidación.

Pregunta 19

Sírvase informar el monto de las deudas por pagar a instituciones prestadoras de salud públicas por deudor.

Respuesta 19

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

Las cuentas por cobrar reportadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública a junio de 2022 ascienden a \$11.9 billones. Los mayores deudores a estas entidades son las EPS inactivas que al corte junio 2022 representan el 23.3% de la cartera total, seguido por entidades no identificadas (21%) y las EPS que operan el régimen subsidiado (14.8%). En la siguiente tabla se encuentra la cartera desagregada por tipo de deudor a estas entidades.

Tabla 9 Deudas por pagar a instituciones prestadoras de salud públicas por deudor

1. Tipo Deudor	Total CXC (Cifras expresadas en pesos)
EPS Inactiva	2.780.282.763.320
No identificado	2.511.041.390.991



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 31 de 65

1. Tipo Deudor	Total CXC (Cifras expresadas en pesos)
EPS Subsidiado	1.764.881.099.959
EPS Contributivo	1.650.284.700.699
Otro	1.017.434.283.882
EPS Contributivo	581.341.627.159
Entidades Departamentales	451.531.030.926
Otras Aseguradoras	337.243.273.337
ADRES, FOSYGA, Consorcio SAYP, MINSALUD	325.697.984.146
Régimen Especial	191.847.368.744
Prestador con Objeto Social Diferente	127.834.224.875
IPS Públicas	115.973.838.589
Entidades Municipales	66.446.225.734
Otras EAPB Inactivas	4.009.415.178
Entidades Adaptadas	1.138.502.286
IPS privadas	262.668.519
Servicios financieros	2.527.511
Total	11.927.252.925.855

Fuente: Delegada para Prestadores de Servicios de Salud con base en reportes.

Pregunta 20

Sírvase informar el monto total de las deudas a las instituciones prestadoras de salud especificando por Entidad Promotora de Salud. Por favor desagregar por plazos de la siguiente manera: menor a 60 días, entre 61 y 90 días, entre 91 y 180 días, entre 181 y 360 días y mayor a 360 días.

Respuesta 20

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

Las cuentas por cobrar reportadas por las IPS con las EPS activas e inactivas con corte a junio de 2022 ascendían a la suma de \$24.9 billones de pesos, de los cuales el 30.6% corresponde a EPS inactivas a la fecha de corte. El 48% de esta cartera presenta una mora superior a 360 días y el 33% menor a 60 días.

Se adjunta archivo Excel "Anexo punto 20, 21, 22" con la información desagregada por plazo.

Pregunta 21

Sírvase informar las deudas con las instituciones prestadoras de salud de las Entidades Promotoras de Salud activas. Especificar la información por edad de la deuda así:



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 32 de 65

menor a 60 días, entre 61 y 90 días, entre 91 y 180 días, entre 181 y 360 días y mayor a 360 días.

Respuesta 21

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

Las cuentas por cobrar reportadas por las IPS con las EPS activas con corte a junio de 2022 ascendían a la suma de \$17.3 billones, de los cuales el 44 % de la cartera se encuentra en mora menor a 60 días y el 34% presenta mora a 360 días o mayor a esta. En cuanto a las EPS en términos brutos, aquella que presenta mayor cartera es Nueva EPS con el 29 % de la cartera total, seguida por Famisanar con un 8 %, Coosalud y Sanitas con el 7 %.

Se anexa archivo Excel “Anexo punto 20, 21, 22” con la información desagregada por plazo.

Pregunta 22

Sírvase informar el monto de las deudas por pagar a instituciones prestadoras de salud públicas por edad de la deuda así: menor a 60 días, entre 61 y 90 días, entre 91 y 180 días, entre 181 y 360 días y mayor a 360 días.

Respuesta 22

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

Las cuentas por cobrar reportadas por las IPS de naturaleza pública con las EPS activas con corte a junio de 2022 ascendían a la suma de \$4.4 billones de pesos, de los cuales el 24% de la cartera se encuentra en mora menor a 60 días y el 46% presenta mora a 360 días o mayor a esta. En cuanto a las EPS en términos brutos, aquella que presenta mayor cartera es Nueva EPS con el 29% de la cartera total, seguida por Asmet salud con 8% y Coosalud y Emssanar con un 8%.

Se anexa archivo Excel “Anexo punto 20, 21, 22” con la información desagregada por plazo.

Pregunta 23

Sírvase explicar las principales causas de la falta de oportunidad en la asignación de citas con especialistas en Colombia.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 33 de 65

Respuesta 23

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Calidad, memorando 202214000340903.

Al respecto es importante resaltar que en la actualidad este Ministerio no cuenta con un estudio o sistema de información que permita identificar las causas de falta de oportunidad en la asignación de citas con especialistas en Colombia. Así mismo, no se cuenta con una reglamentación clara que establezca los tiempos de oportunidad para la asignación de citar con especialistas, motivo por el cual, no se tiene establecido un parámetro legal que permita indicar si la asignación de las citas con especialista se da de manera oportuna o no.

Teniendo en cuenta lo anterior, y dado que no se pueden exponer de manera concreta las causas de falta de oportunidad en la asignación de especialistas, es importante indicar que este Ministerio expidió la Resolución 256 de 2016, la cual, dicta disposiciones del Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Al respecto resulta fundamental indicar que la Resolución 256 de 2016 tiene como objeto dictar las disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, lo cual tiene como finalidad fomentar el uso de la información, gestionar el conocimiento para intervenciones y estrategias en salud, contribuir con la medición de desempeño y resultado de los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para que se facilite la toma de decisión del ciudadano y que se traduzca en el derecho a la libre elección.

Los resultados del monitoreo de calidad en salud que se disponga en el Sistema Integral de Información de la Protección Social obtenidos se constituye como un ejercicio de inspección, vigilancia y control por parte de las autoridades competentes, así como se convierte en insumo para fomentar estrategias de mejora en los servicios que impacten la gestión institucional de los diferentes actores como lo son las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Servicios de Transporte Especial de Pacientes, Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, el Instituto Nacional de Salud y el Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 34 de 65

Teniendo en cuenta lo anterior, la precitada resolución establece indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad en salud, los cuales se categorizan en cuatro dominios: ~~efectividad, gestión del riesgo, seguridad y experiencia en la atención~~

Entidad Territorial	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	
	2021	I Trimestre 2022	2021	I Trimestre 2022	2021	I Trimestre 2022	2021	I Trimestre 2022	2021	I Trimestre 2022
	Amazonas	4,68	3,42	6,64	4,65	4,59	4,22	7,18	4,42	4,96
Antioquia	9,45	13,04	14,33	16,94	13,14	11,24	14,99	17,23	8,08	9,07
Arauca	3,98	4,12	7,70	8,63	5,87	5,52	5,59	5,60	5,99	5,40
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	10,05	5,82	12,86	11,78	7,25	5,03	7,17	4,63	7,94	5,96
Atlántico	16,75	20,06	13,87	14,54	7,91	8,21	8,36	6,04	4,83	6,71
Bogotá, D.C.	15,51	14,79	15,44	17,48	13,07	14,80	8,04	7,90	6,90	8,37
Bolívar	12,28	14,45	10,90	16,47	8,90	11,43	8,02	5,78	5,60	6,63
Boyacá	5,06	4,79	5,58	7,85	4,31	6,36	3,95	4,00	3,23	4,85
Caldas	10,36	12,71	4,95	15,15	9,06	9,72	7,12	10,14	11,60	10,02
Caquetá	4,12	3,46	3,19	3,87	3,00	2,44	3,07	2,36	3,14	2,59
Casanare	5,20	6,14	7,24	8,12	4,91	5,78	3,42	4,00	4,77	5,95
Cauca	7,20	4,00	6,38	5,66	10,78	34,97	5,51	4,40	4,53	2,87
Cesar	6,22	6,65	8,34	9,64	5,14	6,11	5,25	4,14	4,17	5,24
Chocó	2,55	2,11	6,09	5,81	4,14	2,15	4,50	0,30	2,42	3,08
Córdoba	9,54	10,11	10,09	14,15	8,27	9,25	5,28	5,35	7,70	9,04
Cundinamarca	9,23	11,02	9,65	9,04	11,35	13,33	7,64	8,05	8,51	10,11
Guainía	4,50	3,13	3,55	1,79	4,04	6,53	0,00	0,00	5,69	6,91
Guaviare	7,89	0,00	13,84	0,00	8,89	0,00	8,92	0,00	9,23	0,00
Huila	6,42	6,18	10,81	9,02	7,53	8,68	4,61	3,80	5,32	4,96
La Guajira	5,47	5,66	5,24	5,14	4,74	4,39	4,30	1,94	5,03	5,30
Magdalena	9,08	13,31	9,39	19,03	8,69	12,38	6,64	6,64	5,91	8,79
Meta	8,27	25,31	10,79	13,49	13,08	15,66	5,14	5,21	5,19	5,57
Nariño	7,53	7,72	6,85	4,00	7,29	5,92	5,02	4,32	3,90	2,95
Norte de Santander	4,93	5,29	5,37	5,20	4,16	3,51	3,89	3,03	3,93	3,75
Putumayo	3,61	3,33	3,53	2,90	3,88	4,09	3,48	2,72	3,48	2,52
Quindío	8,87	15,45	11,32	14,49	9,71	6,64	5,30	4,53	6,00	5,42
Risaralda	9,68	14,42	12,65	10,94	9,83	9,85	7,79	5,34	6,51	7,28
Santander	8,88	12,77	8,93	12,61	8,12	8,35	5,45	4,50	4,86	5,41
Sucre	11,13	6,62	10,58	8,12	8,45	5,13	3,83	2,46	5,04	5,68
Tolima	9,19	11,86	10,15	11,02	6,17	10,05	5,25	6,93	6,65	10,88
Valle del Cauca	13,50	15,35	16,80	15,63	11,64	13,09	10,13	12,08	9,81	11,24
Vaupés	2,00	0,00	4,50	0,00	2,80	0,00	0,00	0,00	6,00	0,00
Vichada	7,58	6,55	7,66	7,02	10,74	7,73	12,70	5,81	8,33	12,02
TOTAL PAÍS	10,82	12,74	11,48	13,70	9,97	11,80	7,61	7,58	6,64	7,93

unos
mpo
logía
n de
de la

Tabla 10 Comportamiento del tiempo promedio de asignación de cita cirugía general, medicina interna, ginecología, obstetricia y pediatría por departamento, Colombia 2021 y primer trimestre 2022



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 35 de 65

En este punto es importante resaltar que lo que miden estos indicadores es el tiempo que transcurrió entre la solicitud de la cita y la asignación efectiva de la misma, más cuenta con una escala de medición de asignación de la cita como tal, dado que no se tiene una medida mínima de asignación de cita para estas especialidades.

En este orden de ideas, y teniendo claro lo anterior, se tiene que con respecto al tiempo promedio de espera para asignación de cita de Cirugía general se observó que con corte al 2021 a nivel nacional se tardó 10,82 días, mientras que con corte al primer trimestre del 2022 el tiempo aumento en 1,9 días.

Para la asignación de cita de medicina interna en el 2021 a nivel nacional se tardó aproximadamente 11,4 días con un comportamiento al aumento del tiempo para el año 2022. De acuerdo con el comportamiento departamental se observó el mayor tiempo de espera en Valle del Cauca (16,8 días) para el 2021 y Magdalena (19,03 días) para el primer trimestre del 2022.

El tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología también presentó un comportamiento al alza del 2021 al 2022. Los departamentos con mayor tiempo de espera fueron Antioquia (13,14 días), Meta (13,08 días) y Bogotá (13,07 días).



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 36 de 65

Para Obstetricia a comparación de las especialidades anteriores, tuvo un comportamiento similar en el tiempo promedio de espera del año 2021 al año 2022, sin embargo, se observó que según el comportamiento departamental Antioquia tuvo el mayor tiempo de espera en el 2021 (14,9 días) y aumentó para el primer trimestre del 2022 (17,23 días).

Finalmente, pediatría es la especialidad con **menor tiempo de espera** de las reportadas al Sistema de Información para la Calidad. Con corte al año 2021 tuvo un tiempo promedio de espera de 6,6 días y para el primer trimestre del 2022 de 7,9 días.

Así las cosas, se tiene una fuente de información que permite conocer cuánto es el tiempo de espera para la asignación de citas con especialistas, el cual está en promedio de 7,93% a nivel país.

Pregunta 24

Sírvase remitir la metodología implementada para estimar el porcentaje del incremento de la UPC para cubrir el impacto de la inflación y el crecimiento vegetativo de las frecuencias. Por favor informar cual es el factor de ajuste de frecuencias por el incremento vegetativo de la población para el régimen contributivo y el régimen subsidiado.

Respuesta 24

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, memorando 202234000341783.

La metodología establecida para los ajustadores de la inflación y el de frecuencias los puede encontrar en las páginas 39 a 41, 105 a 110 y de la 121 a 122 del documento: Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación del año 2022: Recursos para garantizar la financiación de tecnologías y servicios de salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado, disponible en el enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/estudio-suficiencia-upc-2022.pdf>



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 37 de 65

Pregunta 25

Sírvase informar si se consideró el ajuste de frecuencias derivado de la desatención de los afiliados a las EPS en liquidación.

Respuesta 25

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, memorando 202234000341783. Despacho de la Ministra.

El aseguramiento social es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud; en dicho sentido, la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como: la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Por su parte, el artículo 157 de la Ley 100/93 establece la obligatoriedad para todos los habitantes del territorio nacional de afiliarse al SGSSS.

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es la prima que el SGSSS reconoce a cada una de las aseguradoras con el fin de garantizar la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios en intensidad y uso según necesidades de la población. En el caso del SGSSS esta prima se fija de manera global para cada uno de los regímenes contributivo y subsidiado y se reconoce a cada una de las aseguradoras por asumir, gestionar y garantizar la prestación de los servicios de salud de las personas que se encuentran afiliadas. La UPC involucra ajustes de riesgo por edad, sexo y zona geográfica, pero su definición anual no ha involucrado hasta la fecha ajuste de frecuencias por la desatención de afiliados de las Eps en liquidación o por otras causas diferentes de desatención.

Pregunta 26

Sírvase remitir la metodología implementada para la estimación del gasto en las tecnologías que se financian con presupuesto máximos para el año 2023.

Respuesta 26

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, memorando 202234000341783.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 38 de 65

El cálculo del presupuesto máximo de la vigencia 2022 se establece a través de la Resolución 1318 de 2022 (Anexo 26). Para el cálculo del presupuesto del año 2023, este se encuentra en proceso de construcción en la medida que se debe consolidar la información que deben reportar las EPS o Entidades Adscritas y la actualización del Plan de Beneficios que, dependiendo de su resultado, se establecerán los servicios y tecnologías en salud que deban ser cubiertos con el presupuesto máximo. Una vez realizada la actualización del Plan de Beneficios para la siguiente vigencia, se deberá aplicar la metodología y realizar los actos administrativos que correspondan para su aprobación final.

Pregunta 27

Sírvase informar si se consideró el impacto para la devaluación en la estimación del cálculo del gasto que se debe financiar con Presupuesto Máximos.

Respuesta 27

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, memorando 202234000341783.

A continuación, se presentan los resultados del estudio realizado por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud sobre la relación de la tasa de cambio del dólar y del euro sobre el índice de precios al consumidor IPC en Colombia.

La tasa de cambio ha presentado periodos de apreciación (revaluación) y depreciación (devaluación). Desde diciembre de 2003 a septiembre de 2008 y para el periodo septiembre de 2009 a enero de 2013 la tasa de cambio presentó una apreciación en relación al peso colombiano. Es decir, para el período analizado de 16 años, en más de 9 años el peso colombiano se ha apreciado en relación al dólar. Es a partir de febrero de 2013 que se observa un periodo de depreciación del peso en relación al dólar.

En este sentido se planteó la hipótesis que cualquier variación que se de en la tasa de cambio del dólar y del euro es recogida por la inflación.

Para demostrar lo anterior, se realizaron diferentes pruebas que permiten validar la hipótesis planteada, con los siguientes resultados:

Pruebas de correlación entre la tasa de cambio y el IPC



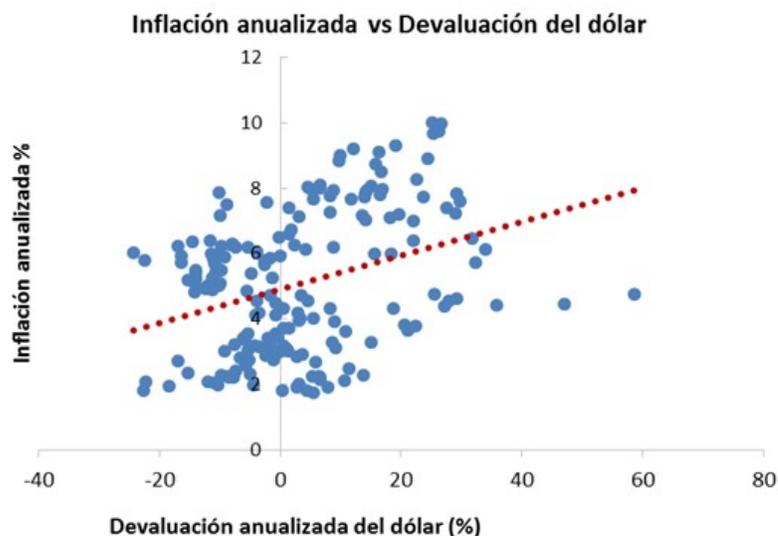
estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 39 de 65

En el gráfico siguiente se puede observar la relación que existe entre la inflación anualizada y la variación de la tasa de cambio. Se encontró la existencia de una correlación significativa entre la variación anualizada de la tasa de cambio y el IPC anualizado.



Gráfica 1 Inflación anualizada vs Devaluación del dólar

Fuente: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, 2015.

Por lo tanto, la relación entre la tasa de cambio y el costo de los medicamentos es incorporada en la inflación, la cual hace parte de los supuestos para el cálculo del presupuesto máximo de la vigencia 2022. Esto significa que, el comportamiento de la tasa de cambio en periodos de apreciación (revaluación) y en los periodos de depreciación (devaluación) de los últimos años, es incorporado en el cálculo de los presupuestos máximos a través de la tasa de inflación de la economía del país.

Pruebas de causalidad entre la tasa de cambio del dólar y el euro con el IPC



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 40 de 65

Los resultados de las pruebas permiten identificar que el precio del dólar y del euro como la devaluación del dólar y del euro si tienen un efecto sobre el comportamiento del IPC en Colombia.

Al realizar las pruebas de causalidad se encontró evidencia estadística de que tanto el precio del dólar y del euro como la devaluación del dólar y del euro tienen incidencia en el comportamiento de la inflación del país, incluso varios meses después de presentada una mayor o menor tasa de cambio del dólar y del euro.

Esto significa que en relación al dólar se observa que el IPC recoge los cambios en la tasa de cambio hasta con ocho meses de anterioridad y para el caso del euro el IPC recoge los cambios en la tasa de cambio hasta con seis meses de anterioridad. Lo anterior se concluye al encontrar valores significativos estadísticamente para los rezagos donde la probabilidad es menor al 5 % de los valores de las pruebas realizadas para cada una de las diferentes hipótesis nulas planteadas.

Análisis de Cointegración

Al realizar un análisis de cointegración, que busca identificar la relación de largo plazo entre las tasas de cambio del dólar y el euro con la inflación, se encontró evidencia estadística y positiva entre las variables. Es decir:

A partir de la relación de largo plazo, se deduce que un aumento de la variación anual del dólar y del euro provocan un incremento en la tasa de inflación anual.

El modelo de corto plazo muestra que dentro de las variables que inciden de forma positiva sobre la inflación anualizada se encuentran la variación anualizada del dólar y del euro.

De lo anterior se puede inferir que los cambios que presentan la tasa de cambio del dólar y del euro tienen efecto sobre el comportamiento de la inflación y es recogido en el IPC anual. Todos estos cambios son tenidos en cuenta en el cálculo del presupuesto máximo en la medida en que la inflación es una de las variables utilizada para el cálculo del presupuesto máximo del siguiente año.

En conclusión, diferentes análisis sobre la relación entre la tasa de cambio del peso colombiano por dólar y por euro, indican que en el corto plazo como en el largo plazo existe una relación significativa. Esto permite afirmar que cualquier variación en la tasa



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 41 de 65

de cambio entre las monedas tienen un efecto en la inflación y es recogido en el dato de inflación anual con que se calcula el presupuesto máximo.

El supuesto de la inflación se encuentra establecido en numeral 1 “*Definiciones y generalidades de la metodología*” del anexo técnico No. 1 de la Resolución 1318 de 2022.

Por lo tanto, el argumento relacionado con la insuficiencia del presupuesto máximo en atención al gasto correspondiente al consumo de medicamentos, tratamiento e insumos no es cierto, en la medida que este Ministerio ha realizado estudios que permiten concluir que los cambios de la tasa de cambio del dólar y del euro se encuentran reconocidos en la variable de la inflación.

Pregunta 28

Sírvase informar si en el cálculo del monto requerido para 2023 se considera el impacto del SMLV que se decretó en 2022 sobre la prima de incapacidad por enfermedad general. Por favor informar el valor del ajuste que reconozco el aumento del SMLV de 2022.

Respuesta 28

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, memorando 202234000341783.

El cálculo de incapacidades de 2023 se realizó, en el marco del anteproyecto del presupuesto general de la nación, en marzo de 2022. Por una parte, para dicho cálculo se partió de la información histórica disponible en el momento, que comprendía información anual desde 2015 hasta 2020, con lo cual se realizó una proyección de incapacidades a expedir en 2023, e igualmente se evidenció el porcentaje de incapacidades pagadas con respecto al total de incapacidades expedidas, que equivale al 42%. Por otra parte, de la información mensual reportada por las EPS en 2021 se tomó el promedio del Ingreso Base de Cotización de las incapacidades pagadas en 2021, que era de \$ 1.661.775, también los días promedio de incapacidad de 2021 los cuales equivalen a seis días. Adicionalmente, se tomaron las proyecciones de inflación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), tanto para 2022 como para 2023. Con estos supuestos se llegó a los \$ 1.3 billones de pesos que se estimaron en el anteproyecto del Presupuesto General de la Nación.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 42 de 65

Ahora bien, el impacto del salario mínimo de 2022 no se tomó en el cálculo para el Anteproyecto de Presupuesto General de la Nación. No obstante, lo anterior, se debe aclarar que el cálculo definitivo del valor de las incapacidades de 2023, se realizará en noviembre de 2022 y tiene en cuenta los valores pagados y reportados por las EPS hasta el 31 de diciembre de 2021, reportes durante el año 2022, más un monto por los valores incurridos y no reportados a las EPS por parte de los aportantes y cotizantes, y el valor correspondiente a las incapacidades que superan los 540 días continuos de incapacidad. Estos valores se llevan a precios de 2023 con los valores de inflación que proyecte el MHCP para el cierre de 2022 y para 2023. De lo anterior se concluye que no se tiene en cuenta el incremento del salario mínimo debido a que, hacia finales de 2022 se cuenta con mayor información reportada por las mismas EPS que permite disminuir cualquier sesgo que se pueda presentar, lo cual da cuenta de la robustez en el cálculo, y así se asegura que los montos estimados sean suficientes para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Pregunta 29

Sírvase informar cuál porcentaje para la estimación del gasto para el pago del subsidio monetario en caso de licencia de maternidad y paternidad para 2023.

Respuesta 29

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Financiamiento Sectorial, memorando 202232000344743.

En relación con el reconocimiento de licencias de maternidad y paternidad, el porcentaje de crecimiento del gasto para este concepto se proyectó en 10,41%. Lo anterior, teniendo en cuenta el comportamiento histórico de los últimos seis años, de acuerdo con la base de compensación del Régimen Contributivo y las ejecuciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, así como la estimación para el cierre de la vigencia 2022.

Es preciso indicar que el valor para el cierre de la vigencia 2022 presenta actualizaciones periódicas en consideración con el comportamiento mensual y el proceso de compensación adelantado por la ADRES.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 43 de 65

Pregunta 30

“Del Presupuesto General de la Nación, sírvase detallar los gastos en programas adicionales que no hacen parte del aseguramiento en salud y que se pagan a través de ADRES.”

Respuesta 30

Responde: ADRES, radicado 20221201652201.

Es importante señalar que según lo citado en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, se crea la ADRES como una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y se encuentra adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto es administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad.

Asimismo, el artículo citado anteriormente establece: *“(...) Los recursos administrados por la Entidad harán unidad de caja, excepto los recursos de propiedad de las entidades territoriales, los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada. La estructuración del presupuesto de gastos se hará por conceptos, dando prioridad al aseguramiento obligatorio en salud. La presupuestación y contabilización de los recursos administrados no se hará por subcuentas.”*

Teniendo en cuenta lo citado en el artículo 47 del Decreto 1793 de 2021, el cual establece que previa cobertura de los riesgos amparados con cargo a los recursos del FONSAT y SOAT, se financiará, con cargo a dichos recursos la Sostenibilidad y Afiliación de la Población Pobre y Vulnerable asegurada a través del Régimen Subsidiado; y que una vez se tenga garantizado el aseguramiento, **se podrán destinar recursos a financiar otros programas de salud pública**, de acuerdo con lo indicado en el **artículo 2.6.4.4. Programas de Salud**. *“La ADRES de acuerdo con lo definido en la Ley y lo aprobado en el presupuesto de esta Entidad, girará los recursos para financiar los programas”:*



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 44 de 65

1. La atención brindada por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas de que trata el parágrafo del artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.
2. Los servicios de apoyo social a menores con cáncer, en el marco de lo establecido en el artículo 13 de la Ley 1388 de 2010.
3. Las campañas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica a nivel nacional y territorial, en el marco de lo establecido en el Decreto 1792 de 2012 compilado en el presente decreto.
4. Las medidas de atención de que tratan los literales a) y b) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, en el marco de lo establecido en el Decreto 1792 de 2012 compilado en el presente decreto, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres víctimas de la violencia y discriminación.
5. Las campañas de prevención contra el cáncer y educación preventiva para evitar el consumo de cigarrillo, de que trata el artículo 30 de la Ley 1335 de 2009.
6. Los programas nacionales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de lo establecido en el artículo 222 de la Ley 100 de 1993.
7. Los derivados de la declaratoria de emergencia sanitaria o evento catastrófico, previa declaración del Ministerio de Salud y Protección Social.
8. El fortalecimiento de la red nacional de urgencias.
9. Los demás programas que defina la ley.

Es de anotar, que los giros de los de los Programas de Salud, se tramitan por la ADRES de acuerdo con las ordenes, autorizaciones y valida daciones realizadas por el área técnica del Ministerio de Salud y Protección Social.

Pregunta 31

Sírvase informar si su entidad tiene en cuenta el sistema de información desarrollado por la Superintendencia ara (sic) hacerle seguimiento al flujo de recursos de las EPS a su red.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 45 de 65

Respuesta 31

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Financiamiento Sectorial, memorando 202232000344743.

De acuerdo con las competencias del Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad realiza las consultas que permiten formular e implementar las políticas del sector encaminadas al flujo de recursos.

Por otra parte, desde el 28 de abril de 2020 Colombia es oficialmente miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE, por tanto, debe cumplir con el envío de reportes bajo la metodología *System of Health Accounts (SHA) 2011*, cuyo objetivo fundamental es estandarizar los resultados del gasto en salud, generar estadísticas para que estos sean comparables y consistentes en el tiempo con otros países de la organización, así como responder los requerimientos en cuanto al gasto total en salud solicitados por las diferentes organizaciones como son Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE, la Organización Mundial de la Salud –OMS y la Oficina Estadística de la Unión Europea – Eurostat, al igual que requerimientos de entidades nacionales.

Para desarrollar la metodología de un Sistema de Cuentas de Salud de 2011-SHA2011, entre las fuentes de información, se deben tener en cuenta todos los ingresos y gastos de los distintos agentes que explican el gasto global en atención en salud; por lo tanto, se utilizan los catálogos de información financiera con fines de supervisión de las EPS - publicados por la Supersalud, lo cual permite hacer una discriminación de las partidas, y realizar en el análisis del comportamiento de las variables necesarias para dichos cálculos.

Adicionalmente, el Ministerio hace seguimiento a las condiciones financieras y de solvencia de las EPS mediante los informes de evaluación del cumplimiento de los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado, y el régimen de inversión de la Reserva Técnica, publicados por la Supersalud.

Preguntas 32, 33, 34, 35, 37, 41, 43, 44, 45 y 46

En caso de eliminar las Empresas Promotoras de Salud, sírvase informar cual entidad será la responsable de gestionar transacciones que gestionan las EPS.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 46 de 65

Sírvase informar cuáles serán las funciones del ADRES y que modificaciones se tienen planteadas para esta entidad.

Sírvase informar cómo se garantizarán las actividades que desarrollan las EPS, como por ejemplo organización de la Red, agendamiento de citas, representación al usuario, garantía de la portabilidad, direccionamiento y seguimiento a la salud de la persona antes y después de haber sido atendida, análisis de pertinencia. Por favor informar quien ejecutara dichas actividades.

Sírvase informar si las entidades territoriales cuentan las estructuras necesarias para gestionar correctamente la salud de los colombianos.

Sírvase informar quién va a ejercer la auditoria con un pagador único y público si no existen las EPS. Por favor explicar cómo van a ser los procesos de auditoria sin la experiencia ni idoneidad para realizar dicha gestión.

Sírvase informar si los médicos, personal de salud, IPS y proveedores de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos serán responsables fiscalmente y penalmente por el uso de los recursos públicos.

Sírvase informar si el Fondo de Salud Público será enviado y manejado por las secretarías municipales y departamentales. De ser así, por favor informar en la actualidad como son los resultados financieros de los hospitales municipales y cuáles son los argumentos que sustentan el éxito.

En caso de eliminarlas EPS, sírvase informar cuántos trabajadores de la salud se verían afectados y qué tipo de alternativa laboral, sin desmejorar sus condiciones, o Liquidación propondrá el gobierno nacional para estos trabajadores de la salud.

Sírvase informar quién manejará el Fondo de Salud en Colombia.

Sírvase informar qué medidas tiene contemplada su entidad para frenar la corrupción en la gerencia de los hospitales públicos.

Respuestas 32, 33, 34, 35, 37, 41, 43, 44, 45 y 46

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección Jurídica, memorando 202211000345323.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 47 de 65

Al respecto, se informa que la propuesta de la reforma a la Salud que hemos anunciado desde el Gobierno Nacional, no ha sido radicada como proyecto legal sobre el cual versa revisión y debate, tampoco ha sido difundido para la discusión, aprobación y participación de la sociedad colombiana; la reforma a la salud se encuentra en una fase de diseño la cual en su momento será debatida abiertamente y en instancias como el Congreso de la República.

Sin embargo, resulta importante reiterar lo dicho en varios espacios de discusión, foros y ruedas de prensa respecto de la reforma, la cual pretende un cambio estructural para avanzar en devolver a la salud su carácter de derecho fundamental y esencial, que rompa con exclusión y discriminación de grandes franjas de la población de acceder al goce efectivo de su derecho fundamental a la salud e, incluso, de la marginación de territorios enteros, especialmente en zonas rurales, donde habitan comunidades afrodescendientes, indígenas y campesinas.

En el marco de la reforma, no podemos olvidar que estas comunidades no son “atractivas” para el modelo actual concentrado en las grandes ciudades de Colombia, siendo a su vez un modelo que niega a un su derecho con enfoque diferencial étnico y cultural en la construcción de la salubridad en los territorios.

La reforma a salud, debe responder a la necesidad de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de todos los colombianos y colombianas, y por ende es una obligación ética para un Estado que ostenta constitucionalmente el título de Estado Social de Derecho, en donde la construcción de un Sistema Nacional de Salud armonice el trabajo de entes públicos y privados, de las Entidades Territoriales y el Gobierno Nacional en torno a la vida digna, lo cual a su vez implica ser un reto difícil de cumplir, que no será de la noche a la mañana, pero avanzar en ese sentido es una prioridad fundamental para construir las bases de una sociedad justa y en paz.

Ahora bien, el texto de reforma y en general el ajuste de la Política Pública de Salud, incluirá y responderá a las preguntas formuladas en el cuestionario, tales como el control preventivo y efectivo a la ejecución de los recursos a la Salud, los ajustes institucionales necesarios que permitan la implementación de un modelo acorde con las necesidades del territorio colombiano, fortaleciendo las capacidades de las Entidades Territoriales, y sobre todo, en generar capacidad profesional y especializada del personal médico, con las garantías necesarias para el ejercicio de su profesión.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 48 de 65

Así la cosas, dar respuesta a sus preguntas respecto de la reforma a la salud sin tener un texto formal que lo desarrolle, sería anticipar un debate necesario, pero a partir de supuestos, motivo por el cual una vez tengamos un borrador iniciaremos la discusión pública y amplia con toda la ciudadanía, con el fin de concertar una propuesta viable y ajustada a las necesidades de la población en general, atendiendo también a los requerimientos específicos de grupos poblacionales determinados.

Del resultado de este proceso amplio y participativo será el que al final se radique en el Honorable Congreso de la República para su revisión, debate y aprobación.

Pregunta 36

Sírvase informar cuál será el rol que van a cumplir los equipos extramurales. Adicionalmente precisar cuánto van a costar y qué indicadores de salud van a cubrir.

Respuesta 36

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Promoción y Prevención, correo electrónico 07/10/2022.

Los equipos básicos en salud son una puerta de entrada para que las personas familias y comunidades tengan acceso a los servicios de salud que en la actualidad se financian con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación, en el caso de las atenciones individuales y con recursos de la subcuenta de salud pública colectiva en el caso de las intervenciones colectivas. Mejorar la calidad de las atenciones que se prestan en el sistema y articular con aquellas otras ofertas de acciones que se brindan desde otros sectores como el educativo, el ambiental.

Pregunta 38

Sírvase remitir copia del análisis técnico, o la justificación que responde bajar el incremento de la UPC al 12% y no dejarlo en el 15%, como está presentada por el gobierno anterior.

Respuesta 38

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Despacho Ministra.

Es importante aclarar que el porcentaje de la UPC para la vigencia 2023 en mención hace referencia a estimaciones preliminares efectuadas en razón de la necesidad de determinar el monto del presupuesto de la entidad, y no a la determinación final del



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 49 de 65

porcentaje del incremento de la UPC, resultado del cálculo metodológico y de los análisis técnicos recomendados por la Comisión Asesora, y en esta medida corresponde a supuestos.

En relación con las recomendaciones sobre el incremento del valor de la Unidad de Pago por Capitación UPC y, los lineamientos para determinar la metodología de su cálculo, es del caso señalar que estos asuntos generalmente son debatidos al interior de los grupos técnicos de trabajo y las sesiones de comisión asesora, durante el último trimestre de cada vigencia.

Del resultado de los análisis metodológicos que realicen los técnicos que integran el grupo de trabajo se podrá determinar tanto la definición de los servicios y tecnologías financiados con la UPC, así como la metodología a aplicar para su cálculo, con base en la cual la comisión determinará el porcentaje de incremento de la UPC para la vigencia 2023.

Pregunta 39

Sírvase informar si su entidad tiene planeado modificar los actuales indicadores de habilitación financiera.

Respuesta 39

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Financiamiento Sectorial, memorando 202232000344743.

Actualmente no se encuentra en trámite ni en proceso de elaboración un acto administrativo que modifique los actuales indicadores de habilitación financiera.

Pregunta 40

“Sírvase informar si se tiene contemplado para las próximas liquidaciones de EPS considerar un tiempo prudencial para la estructuración de la red y el despliegue de un modelo de salud y de servicio. Adicionalmente explicar cuáles serían las medidas que propondría para las asignaciones de usuarios de EPS liquidadas a las EPS receptoras para que organicen adecuadamente el servicio para los nuevos usuarios.”



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 50 de 65

Respuesta 40 (rta doble)

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

La Ley 1122 de 2007 en su artículo 37 numeral 5º, establece el eje de acciones y medidas especiales que permite a esta entidad, adoptar las medidas contenidas en los artículos 113, 114, 115, 116 y 117 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y aun en las liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud.

Se precisa frente al interrogante en cuanto a la *adecuada organización del servicio para los nuevos usuarios que son asignados a las EPS receptoras*, así como, en la *estructuración de la red*, que el Decreto 1424 de 2019⁴ regula las condiciones entre otros, para garantizar la continuidad de la prestación del servicio de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud que se retiren o liquiden voluntariamente, les sea revocada la autorización de funcionamiento o la certificación de habilitación o entren en *procesos de liquidación ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud*, a través del *mecanismo excepcional y obligatorio de asignación y traslado de los afiliados de estas EPS*, a otras que ostenten condiciones y capacidad para recibirlos atendiendo el régimen de aseguramiento autorizado.

Respecto a la estructuración de la red, es decir, la contratación de la red prestadora de servicios de salud (IPS) por parte de las EPS receptoras, el Decreto 709 de 2021⁵, establece que en atención al principio de continuidad del derecho fundamental a la salud⁶ las EPS receptoras **asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de los servicios de salud a los usuarios** a partir de los cinco (5) días calendario siguientes, a la fecha en que el Ministerio de Salud y Protección Social,

⁴ "Por el cual se sustituye el Título 11 de la Parte 1 del Libro 2, se modifica el artículo 2.1.7.11 y se deroga el párrafo del artículo 2.5.2.2.1.5 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para garantizar la continuidad de los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)" modificado por el Decreto 709 de 2021, incorporado en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social - Decreto 780 de 2016.

⁵ Mediante el cual se modificó el artículo 2.1.11.3 del Decreto 1424 de 2019, artículo 1, compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016

⁶ Consagrado en el literal d) del inciso segundo del artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, así: "*Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas*" (...)



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 51 de 65

informe a las EPS receptoras los afiliados que les fueron asignados,⁷ en las condiciones definidas en la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud y demás normas que rigen la materia.

Así las cosas, es obligación de las EPS receptoras contar con *disponibilidad de su red prestadora de servicios de salud* para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios a la población que les sea asignada, y en ese sentido es claro el Decreto 1424 de 2019 al prever que las EPS receptoras, **antes de la efectividad de la asignación, deben adelantar los procesos de contratación necesarios, con los prestadores de servicios de salud que requieran para la atención de dicha población.**⁸

Conforme a la disposición citada, las EPS receptoras son responsables de informar a los pacientes con patologías de alto costo y madres gestantes, *la red prestadora de servicios de salud disponible, responsable de garantizarles la continuidad en la atención en salud y de adelantar, de forma previa a la efectividad de la asignación, los procesos de contratación necesarios* a fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios a la población que les fuere asignada.

En cada uno de los procesos de liquidación ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud esta entidad, en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control, para precaver eventuales afectaciones en la prestación de los servicios de salud requeridos por los afiliados por parte de las EPS receptoras, lleva a cabo *mesas* en las que se verifica el proceso de acuerdos de voluntades de cada EPS con la red pública (contratación), para dar continuidad a la prestación de servicios de

⁷ “ARTÍCULO 1o. Modifíquese el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 2.1.11.3 Procedimiento de asignación de afiliados. En el acto administrativo a través del cual se acepta el retiro o liquidación voluntaria u ordena la revocatoria de autorización de funcionamiento o de la certificación de habilitación o la intervención forzosa administrativa para liquidar a una EPS, la Superintendencia Nacional de Salud ordenará a la EPS la entrega inmediata de las bases de datos que contengan la información de los afiliados y sus grupos familiares, que se requieran para realizar el proceso de asignación.

(...)

PARÁGRAFO 1o. Las EPS objeto de las medidas previstas en el artículo 2.1.11.1 de este decreto, serán responsables del aseguramiento hasta el día anterior a la fecha en que se haga efectiva la asignación, **por lo que también serán responsables de las obligaciones derivadas de la prestación de servicios en salud hasta esa fecha. Las EPS receptoras asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de servicios de salud de los afiliados, a partir del día en que se haga efectiva la asignación.** (énfasis suplido)

⁸ “Artículo 2.1.11.6 Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud receptoras. Además de las obligaciones propias de la organización del aseguramiento, las EPS que reciban los afiliados a través del mecanismo de asignación previsto en el presente título, a partir del primer día hábil siguiente a la recepción de los afiliados, deberán:

(...)

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

4. Adelantar de forma previa a la efectividad de la asignación, **los procesos de contratación necesarios a fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios a la población que le fue asignada.** (...)” (énfasis suplido)



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 52 de 65

salud y en el caso en que no se llegase a ningún acuerdo entre las partes, se *valida la disponibilidad de red de las EPS receptoras*, para garantizar la continuidad en la atención a través de los acuerdos con las instituciones prestadoras de servicios de carácter privado.

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de la Operación del Aseguramiento en Salud, radicado No. 202231200342083.

En primer lugar, es importante precisar que el mecanismo excepcional y obligatorio de asignación y traslado de afiliados se encuentra reglamentado en los Decretos 1424 de 2019⁹ y 709 de 2021 incorporado en el Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud, con objeto de garantizar la continuidad del aseguramiento y la prestación de servicios de salud de los afiliados de las EPS que se retiren o liquiden voluntariamente, les sea revocada la autorización de funcionamiento o la certificación de habilitación o entren en proceso de liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud-SNS, a otras que ostenten condiciones y capacidad para recibirlos atendiendo el régimen de aseguramiento autorizado, según certificado expedido por la SNS. Se debe observar, que el proceso de asignación se encuentra en cabeza de Ministerio de Salud y Protección Social, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES y la Superintendencia Nacional de Salud garantizando transparencia y la protección de los derechos de los afiliados.

En segundo lugar, para aquellos municipios en los cuales solo existe una EPS receptora y, en aras de no comprometer la libre elección de EPS por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, elemento esencial del derecho fundamental de la salud en los términos establecidos en el literal h) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, el proceso de asignación ha previsto la operación de otra EPS. De esta manera, se mantienen las condiciones de competencia entre las EPS, permitiendo una mejor distribución del riesgo entre ellas, fortaleciendo el esquema de aseguramiento en el marco de la garantía del derecho fundamental de los afiliados y la continuidad en el acceso a la prestación de servicios de salud.

Frente a la continuidad de los tratamiento de los usuarios que son asignados a otras EPS es importante indicar que el proceso de asignación establece la responsabilidad de las EPS receptoras de realizar las gestiones necesarias para garantizar la continuidad del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud de la población

⁹ Por el cual se sustituye el Título 11 de la Parte 1 del Libro 2, se modifica el artículo [2.1.7.11](#) y se deroga el parágrafo del artículo [2.5.2.2.1.5](#) del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para garantizar la continuidad de los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 53 de 65

asignada de acuerdo con la patología informada por la EPS objeto de la medida, así como cumplir con lo señalado en el artículo 2.1.11.6 del Decreto 780 de 2016.

“Artículo 2.1. 11.6 Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud receptoras. Además de las obligaciones propias de la organización del aseguramiento, las EPS que reciban los afiliados a través del mecanismo de asignación previsto en el presente título, a partir del primer día hábil siguiente a la recepción de los afiliados, deberán:

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

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

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

4. Adelantar de forma previa a la efectividad de la asignación, los procesos de contratación necesarios a fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios a la población que le fue asignada” (negrilla fuera de texto).

Así mismo, de conformidad con lo señalado en el artículo 178 de la Ley 100 de 1993, le corresponde a las entidades promotoras de salud (...) “Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia, así como, establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.”

Aunado a lo anterior, recientemente fue expedido el Decreto 441 de 2022 incorporado en el Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud, que además de tener por objeto regular algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, celebrados entre dos o más personas naturales o jurídicas para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, en sus etapas precontractual, contractual y post contractual, establece mecanismos de protección a los usuarios.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 54 de 65

En efecto, el artículo 2.5.3.4.7.9 del precitado Decreto establece que en los casos de asignación de afiliados, hasta tanto sea contratada la red integral de la entidad promotora de salud receptora en el municipio donde le fueron asignados los afiliados, se podrá continuar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías de salud que atendía a los usuarios antes de la fecha en que se haga efectiva la asignación, sin que se requiera la suscripción de un acuerdo de voluntades con este. Salvo pacto en contrario, la EPS receptora le reconocerá al prestador o proveedor las atenciones bajo la modalidad de pago por evento.

En todo caso, se deberá garantizar que la prestación se realice, como mínimo, en las mismas condiciones de acceso, oportunidad y calidad en las que se prestaba antes de la asignación y no podrá ser interrumpida por razones administrativas o económicas.

En tercer lugar, el artículo 2.1.11.12 del Decreto 780 de 2016 establece que la Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de lo establecido en el proceso de asignación y podrá imponer las sanciones correspondientes en el marco de sus competencias.

En este orden la Ley 1122 de 2007 aprobada con el fin de realizar algunos ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, incluye entre sus reformas o modificaciones algunas relacionadas con las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. El capítulo VII, en su artículo 35, define las funciones de inspección, vigilancia y control de la siguiente forma:

Ahora bien, conforme a la obligación de vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social (conforme a la Ley 715 de 2001, Ley 1438 de 2011), las secretarías de salud del país deberán verificar que las EPS receptoras a las que se asignaron los usuarios garanticen el acceso, continuidad y calidad en la atención de los servicios de salud; en caso de incumplimiento deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de que adelante las acciones de Inspección, Vigilancia y Control sobre los actores del sistema.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 55 de 65

En este orden, el proceso actual de asignación de usuarios incorpora mecanismos para garantizar la continuidad en el acceso a la prestación de servicios de salud de la población asignada. No obstante, es importante resaltar que luego de cada proceso de asignación, la Superintendencia Nacional de Salud coordina mesas de trabajo entre las EPS receptoras y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para avanzar en los acuerdos de voluntades que permitan normalizar la operación de las EPS en cada territorio donde le fue asignada la población.

Pregunta 42

Sírvase informar si el gobierno actual va a cumplir con las obligaciones de presupuestos máximos y deudas del año 2021 y lo correspondiente a 2022.

Respuesta 42

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, correo electrónico 7/10/2022

A continuación, se describe la asignación del presupuesto máximo de las vigencias 2021 y 2022 y sus ajustes.

0.1 Presupuesto Máximo 2021

En cuanto a la suficiencia y ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2021, cabe señalar que el artículo 14 de la Resolución 586 de 2021 de este Ministerio, sustitutivo del artículo 15 de la Resolución 205 de 2020 determinó los casos en los que es posible ajustarse el presupuesto máximo previsto para cada EPS o EOC.

El artículo 18 *Ibídem* dispuso que este Ministerio realizará de manera periódica el seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo y a partir del resultado podrá evaluar la suficiencia o superación del presupuesto máximo, por lo que este Ministerio ha desarrollado herramientas para el monitoreo y seguimiento de éste con una periodicidad cuatrimestral. Así mismo, es necesario precisar que para la identificación de los ajustes se tiene en cuenta la información reportada en el módulo de suministro de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES, con la que se garantiza el cierre del ciclo de entrega de suministro por parte de la EPS o EOC, como resultado de la



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 56 de 65

auditoría que realice la EPS a la información reportada por sus proveedores, en la cual se valida la información registrada, como por ejemplo, el código de la tecnología en salud, la fecha de entrega, la información del paciente que recibe la tecnología, etc.

Por tanto, en el momento que se evidencie un riesgo de superación, o en efecto la superación del presupuesto máximo, se plantean escenarios de cálculo a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, quien sesionará y definirá la destinación de recursos para su ajuste de ser necesario. Tratándose de la **revisión del presupuesto máximo de 2021**, este Ministerio expidió la Resolución 2260 de 22 de diciembre de 2021 que adopta la metodología para la definición **del ajuste parcial** al presupuesto máximo en cuyo aparte considerativo señaló:

“Que, atendiendo la recomendación dada por la Comisión Asesora, el ajuste al presupuesto máximo de la vigencia 2021, se debe realizar en razón a los servicios y tecnologías de salud registrados en el módulo de suministro, versiones 1.0 y 2.0, con cierre del ciclo de entrega de suministro de MIPRES, con fecha de entrega y de suministro entre el 01 de enero al 24 de octubre de 2021, con reconocimiento del primer semestre de esta vigencia, es decir, enero 1° a junio 30, cuya proyección se realiza teniendo en cuenta la metodología establecida por este Ministerio.

Que, el cierre de reporte de información de la vigencia 2021, será con fecha de suministro hasta el 31 de marzo de 2022, fecha en la que se hará corte de información para el cálculo de un reconocimiento definitivo de presupuesto máximo de la vigencia 2021, si a ello hay lugar.”

Como resultado de aplicar la metodología establecida en la Resolución 2260 de 2021 para el ajuste parcial del presupuesto máximo de la vigencia 2021, para las EPS del régimen subsidiado se evidenció la necesidad de un ajuste parcial por \$303.237 millones del presupuesto máximo para el primer semestre de 2021, el cual fue reconocido mediante resoluciones individuales, las cuales fueron expedidas en diciembre de 2021. Para el régimen contributivo el ajuste parcial fue de \$255.745 millones para el primer semestre del 2021 (ver tablas Presupuesto Máximo 2021 del Régimen Subsidiado y Presupuesto Máximo 2021 del Régimen Contributivo).

Dado lo anterior, el ajuste definitivo de la vigencia 2021, si a ello hay lugar, se realizará teniendo en cuenta que el cierre de reporte de información de la vigencia 2021 será con fecha de suministro hasta el 31 de marzo de 2022, acorde con lo establecido en los considerandos de la Resolución 2260 de 2021. En este sentido, las EPS son responsables de las gestiones necesarias para el reporte de la información en la herramienta MIPRES, los cuales deben contener calidad y consistencia.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 57 de 65

En cumplimiento de lo anterior, este Ministerio expidió la Resolución 1408 del 5 de agosto de 2022 *“Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las entidades adaptadas para la vigencia 2021”*.

Presupuesto Máximo 2021 del Régimen Subsidiado

Nombre EPS	Presupuesto Máximo 2021 Resolución 594/2021	Ajuste parcial 2021	Segundo ajuste 2021 estimado	Presupuesto Máximo 2021 con los dos ajustes
COMFAMILIAR GUAJIRA	4.823.425.974	1.454.238.751	392.271.183	6.669.935.908
COMFAMILIAR HUILA	21.454.289.600	9.178.829.161	12.587.863.188	43.220.981.949
COMFAMILIAR NARIÑO	1.892.076.932	0	0	1.892.076.932
COMFASUCRE EPSS	4.327.987.004	1.438.083.934	602.583.661	6.368.654.599
COMFAORIENTE EPS	10.027.844.951	2.249.004.491	659.712.138	12.936.561.580
CAJACOPI ATLANTICO	25.143.495.711	6.307.730.580	10.546.161.684	41.997.387.975
COMFACHOCO EPSS	601.059.487	137.148.480	1.553.673.974	2.291.881.941
CONVIDA	18.205.428.559	16.252.813.672	10.514.095.974	44.972.338.205
CAPRESOCA EPSS	6.864.228.211	4.320.941.287	2.114.507.087	13.299.676.585
DUSAKAWI EPSI	2.694.245.732	2.004.075.418	1.084.039.410	5.782.360.560
AIC EPSI	7.472.319.584	10.100.680.309	15.305.428.461	32.878.428.354
ANAS WAYUU EPSI	1.893.834.654	716.121.942	1.026.717.055	3.636.673.651
MALLAMAS EPSI	7.852.339.292	2.983.021.155	3.456.548.098	14.291.908.545
PIJAOS EPSI	1.011.733.471	2.302.787.346	2.659.451.708	5.973.972.525
CAPITAL SALUD	96.371.988.869	41.110.138.342	4.306.659.388	141.788.786.599
SAVIA SALUD EPS	106.137.758.952	28.534.130.281	7.977.001.412	142.648.890.645
NUEVA EPS	70.693.873.209	30.689.232.929	20.697.363.360	122.080.469.498
MEDIMAS EPS	25.630.796.849	0	8.461.927.744	34.092.724.593
COOSALUD E.S.S.	148.146.496.535	28.909.277.984	23.101.408.406	200.157.182.925
ASMET SALUD EPS SAS	92.486.910.999	43.042.218.526	34.121.301.149	169.650.430.674
AMBUQ	27.624.870.379	0	0	27.624.870.379
ECOOPSOS EPSS	9.874.451.560	5.164.904.829	3.514.690.738	18.554.047.127
EMSSANAR	79.569.266.181	25.634.881.365	52.413.553.001	157.617.700.547



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 58 de 65

COMPARTA	75.812.919.090	15.085.783.798	0	90.898.702.888
MUTUALSER	109.859.801.306	25.621.894.539	21.169.321.112	156.651.016.957
Total	956.473.443.091	303.237.939.119	238.266.279.931	1.497.977.662.141

Así las cosas, se informa que a la fecha la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud se encuentra realizando el correspondiente trámite administrativo para el reconocimiento de un segundo ajuste por un valor estimado de \$238.266 millones para el régimen subsidiado. Con lo anterior, se tiene un valor de \$1,49 billones de pesos para la vigencia 2021 del régimen Subsidiado.

Para el régimen contributivo el valor estimado del segundo ajuste asciende a \$242.682 millones y un valor de \$4,6 billones de pesos para la vigencia 2021.

Presupuesto Máximo 2021 del Régimen Contributivo

Nombre EPS	Presupuesto Máximo Vigencia 2021 Resolución 594 2021	Ajuste parcial 2021	Segundo ajuste 2021 estimado	Presupuesto Máximo 2021 con los dos ajustes
EEPP DE MEDELLIN	829.643.889	439.709.761	1.561.863.950	2.831.217.600
FERROCARRILES	170.122.385	0	0	170.122.385
ALIANSALUD EPS	83.597.546.961	3.919.363.622	0	87.516.910.583
SALUD TOTAL	407.473.433.906	39.340.531.731	37.710.502.863	484.524.468.500
SANITAS	669.242.864.809	67.724.114.291	23.931.438.682	760.898.417.782
COMPENSAR EPS	295.622.636.172	47.447.809.791	7.460.722.539	350.531.168.502
SURA EPS	766.844.230.699	37.475.655.049	9.750.410.461	814.070.296.209
COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	48.940.681.403	99.868.120	9.978.779.978	59.019.329.501
COOMEVA	231.384.614.000	2.849.122.546	44.241.260.446	278.474.996.992
FAMISANAR	275.042.548.284	10.898.841.623	28.340.371.994	314.281.761.901
SOS	163.246.012.566	23.435.988.336	0	186.682.000.902
NUEVA EPS	1.057.552.940.555	17.833.072.228	73.802.922.989	1.149.188.935.772
COOSALUD RC GUAINIA	4.205.951.799	785.018.968	660.031.086	5.651.001.853
MEDIMAS EPS	88.579.725.918	0	1.232.487.979	89.812.213.897
FUNDACION SALUD MIA EPS	3.632.533.962	1.533.651.431	1.659.157.093	6.825.342.486
MUTUALSER CONTRIBUTIVO	3.233.536.013	1.962.259.268	2.352.247.511	7.548.042.792
Total	4.099.599.023.321	255.745.006.765	242.682.197.571	4.598.026.227.657

Adicional a los recursos identificados para la vigencia 2021, se encuentra en proceso de identificación un ajuste final según lo establecido en la Resolución 1408 de 2022.



estos datos:



Fecha: **07-10-2022**

Página 59 de 65

0.2 Presupuesto Máximo 2022

En relación al presupuesto máximo del año 2022 este Ministerio expidió las resoluciones mediante las cuales fijó un presupuesto máximo provisional a transferir a la EPS o EOC para los primeros meses de la vigencia 2022 (inicialmente los cuatro primeros meses, seguidamente mayo y junio), conforme a lo dispuesto en la Resolución 593 de 2021 y la Resolución 2292 de 2021, ello con la posibilidad de realizar los ajustes respectivos conforme el seguimiento y concreción de la información por evaluar, de modo que con los resultados que se obtengan por toda la vigencia 2022, se descontarían los valores asignados para los primeros seis meses.

Asimismo, es necesario tener en cuenta lo establecido en la Resolución 1139 del 30 de junio de 2022, mediante la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, la cual modifica la Resolución 586 de 2021.

Adicionalmente, la Resolución 1318 del 29 de julio de 2022 adopta la metodología para definir el presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y entidades adaptadas para la vigencia 2022 y el procedimiento para la revisión pormenorizada, la cual está en curso actualmente.

En todo caso, se informa que este Ministerio se encuentra realizando la revisión pormenorizada de la información de la herramienta MIPRES que permita el cálculo del presupuesto de la totalidad del año 2022, cuya decisión será informada a cada uno los actores del Sistema en el marco de los principios de publicidad, transparencia y participación.

Para la vigencia 2022 se asignó el valor del \$2,15 billones de pesos para el periodo de **enero a diciembre del régimen contributivo y subsidiado**. En las siguientes tablas se detallan los valores del presupuesto máximo de las EPS del régimen subsidiado (523.024 millones) y del régimen contributivo (\$1.634.390 millones).

Presupuesto Máximo 2022 del Régimen Subsidiado

NOMBRE EPS	Presupuesto Máximo 2022
COMFAMILIAR GUAJIRA	3.683.862.182
COMFAMILIAR HUILA EPSS	13.064.054.424



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 60 de 65

COMFASUCRE EPSS	1.749.267.327
COMFAORIENTE EPS	6.404.705.174
CAJACOPI ATLANTICO	14.928.284.236
COMFACHOCO EPSS	278.880.676
CONVIDA	12.956.287.193
CAPRESOCA EPSS	3.516.446.745
DUSAKAWI EPSI	1.716.551.191
AIC EPSI	11.121.533.594
ANAS WAYUU EPSI	1.726.395.195
MALLAMAS EPSI	3.185.439.565
PIJAOS EPSI	2.346.589.767
CAPITAL SALUD	48.601.801.174
SAVIA SALUD EPS	48.015.359.028
NUEVA EPS	52.343.550.915
MEDIMAS EPS	15.097.854.659
COOSALUD E.S.S.	82.118.551.854
ASMET SALUD EPS SAS	70.317.766.635
ECOOPSOS EPSS	6.744.993.051
EMSSANAR	50.165.721.735
MUTUALSER	72.940.265.404
TOTAL	523.024.161.724

Presupuesto Máximo 2022 del Régimen Subsidiado

NOMBRE EPS	Presupuesto Máximo
EEPP DE MEDELLIN	421.311.525
FERROCARRILES	11.974.442
ALIANSA SALUD EPS	26.334.355.536
SALUD TOTAL	179.123.408.621
SANITAS	266.103.567.598
COMPENSAR EPS	110.383.972.206
SURA EPS	275.940.295.287
COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	19.275.225.833
COOMEVA	25.772.941.677
FAMISANAR	140.019.954.817
SOS	72.909.616.579
NUEVA EPS	494.658.374.522
COOSALUD/GUAINIA	2.358.233.805
MEDIMAS EPS	15.601.153.423
FUNDACION SALUD MIA EPS	3.549.093.540
MUTUALSER CONTRIBUTIVO	1.926.873.835
TOTAL	1.634.390.353.246

El procedimiento de la revisión pormenorizada se realizará acorde a lo establecido en el anexo técnico 2 de la Resolución 1318 de 2022. Las principales actividades que se



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 61 de 65

realizaran en la revisión corresponden a: alistamiento y análisis de la información, identificación de alertas y observaciones, aclaraciones a solicitudes, revisión de las aclaraciones, informe final de la revisión pormenorizada e información, divulgación y socialización.

A continuación, se relacionan los tiempos de la revisión:

Primera Entrega:

Componente: Servicios Complementarios y APME.

Fecha de entrega de Información por parte del MSPS: 15 de septiembre de 2022.

Fecha de envío de la información por parte de la entidad: hasta el día 11 de octubre de 2022.

Segunda Entrega:

Componente: Procedimientos.

Fecha de entrega de Información por parte del MSPS: 29 de septiembre de 2022.

Fecha de envío de la información por parte de la entidad: hasta el día 11 de octubre de 2022.

Tercera Entrega:

Componente: Medicamentos.

Fecha de entrega de Información por parte del MSPS: 3 de octubre de 2022.

Fecha de envío de la información por parte de la entidad: hasta el día 18 de octubre de 2022.

Finalmente, se tiene contemplado la entrega de los resultados de la revisión para el último trimestre de 2022 y se estima que el reconocimiento de los recursos resultado de la revisión se de en la vigencia.

Pregunta 46

Sírvase informar qué medidas tiene contemplada la entidad para frenar la corrupción en la gerencia de los hospitales públicos.

Respuesta 46

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Viceministerio de Salud Pública, correo electrónico 07/10/2022.



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 62 de 65

El Gobierno Nacional se encuentra en la fase de estructuración y formulación de los lineamientos estratégicos de las políticas públicas que serán ejecutadas durante el presente cuatrienio en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, por lo tanto, en lo que respecta al sector salud, se trazarán objetivos de gobierno encaminados a garantizar entre otros, procesos de concurso de méritos a través de los cuales se provean los empleos del nivel directivo, con el objeto de favorecer la igualdad de oportunidades y la meritocracia como únicos factores relevantes para ser nombrado en dichos cargos.

Pregunta 47

Sírvase informar cuantos hospitales públicos de alta complejidad se encuentran hoy debidamente acreditados por el ICONTEC.

Respuesta 47

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, memorando 202223110344343.

Los siguientes son los hospitales públicos de alta complejidad que a la fecha se encuentran acreditados por el ICONTEC.

RAZÓN SOCIAL	COMPLEJIDAD	NATURALEZA	TIPO IPS	CIUDAD
Hospital General de Medellín - "Luz Castro de Gutiérrez" - ESE	ALTA	PUBLICA	HOSPITALARIA	medellín
Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE	ALTA	PUBLICA	HOSPITALARIA	Pasto
Hospital Susana Lopez de Valencia	ALTA	PUBLICA	HOSPITALARIA	Popayán
Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E	ALTA	PUBLICA	HOSPITALARIA	Bogotá
hospital Psiquiatrico Universitario del valle	ALTA	PUBLICA	HOSPITALARIA	cali
ESE Hospital San Juan de Dios de Armenia	ALTA	PUBLICA	HOSPITALARIA	Armenia
Instituto nacional de cancerología	ALTA	PUBLICA	HOSPITALARIA	Bogotá
Subred Centro Oriente (santa clara, uss olaya y gaitan)	ALTA	PUBLICA	HOSPITALARIA	Bogotá

Fuente: ICONTEC.

Pregunta 48

"De acuerdo con los análisis de su Ministerio, sírvase informar cuánto de los recursos no pagados por las EPS a los prestadores se derivan de la insuficiencia de la UPC."



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 63 de 65

Respuesta 48

Responde: Ministerio de Salud y Protección Social, Despacho de la Ministra.

A la fecha no existe ningún estudio que soporten o demuestren que los recursos no pagados por las EPS a los prestadores se derivan de la insuficiencia de la UPC.

Pregunta 49

“Sírvasse informar cuál es la siniestralidad frente al Ingreso por UPC de cada EPS del contributivo y de subsidiado durante el 2022”.

Respuesta 49

Responde: Superintendencia Nacional de Salud, correo electrónico del 6/10/2022

Se remite en formato Excel “Anexo punto 49”, en el que se relaciona el porcentaje calculado de siniestralidad por cada régimen habilitado para las EPS vigiladas durante 2022, conforme a lo dispuesto en la metodología de siniestralidad vigente de la Superintendencia Nacional de Salud. Se anexa archivo Excel “Anexo punto 49” con la información solicitada.

Durante el año 2022 la entidad EPM y al corte de julio de 2022 Dusakawi EPS-I no han efectuado el reporte del archivo tipo FT001 – “Catálogo de Información Financiera”.

**Se incorporan los datos de Comfamiliar Huila EPS y Convida EPS, sin embargo, se indica que estas entidades desde agosto de 2022 se encuentran en liquidación.

Cordialmente,

DIANA CAROLINA CORCHO MEJÍA

Ministra de Salud y Protección Social

Anexo(s):

1. Anexo punto 01 SIIF (Excel)
2. Anexo punto 01 Ejecuciones 1995-2017 Fosyga (Excel)
3. Anexo punto 01 Ejecuciones 2012 a 2017 – MECANISMO (Excel)
4. Anexo punto 01 Ejecuciones 2017 -JULIO 2022 ADRES (Excel)



estos datos:



Fecha: 07-10-2022

Página 64 de 65

5. Anexo punto 01 Ejecución presupuestal (Excel)
6. Anexo punto 02 UPC_PYP_IEG_Prestaciones_201801-202206 (Excel)
7. Anexo punto 02 Pagos por vigencia DOP (Excel)
8. Anexo punto 01 Ejecucion presupuestal (Excel)
9. Anexo punto 01 Ejecucion presupuestal (2) (Excel)
10. Anexo punto 01 Respuesta ADRES (PDF)
11. Anexo punto 03 y 09 (Excel)
12. Anexo punto 06 (Excel)
13. Anexo punto 08 (Excel)
14. Anexo punto 13 (Excel)
15. Anexo punto 16 (Excel)
16. Anexo punto 18 (Excel)
17. Anexo puntos 20, 21 y 22 (Excel)
18. Anexo punto 26 (PDF)
19. Anexo punto 49 (Excel)
20. Anexo punto 4 'PerAtendidasUrgencias_ent (4) (Excel)

Copia (s):

Dr. ULAHI BELTRÁN LÓPEZ, Superintendente, Superintendencia Nacional de Salud, Ulahi.beltran@supersalud.gov.co

Dr. JORGE GUTIERREZ SAMPEDRO, Director General, ADRES, Calle 26 No. 69-76 Torre 1 Piso 16 Bogotá D.C.

Jorge.gutierrez@adres.gov.co

Dr. RICARDO ALBORNOZ, Secretario Comisión Séptima Honorable Cámara de Representantes, comision.septima@camara.gov.co

Consolidación:

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud: igalindo

Elaboró:

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria: nayala / jvergel

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud: ghurtado / gcortes / gperez

Dirección jurídica: gbustamante

Dirección de Financiamiento Sectorial: Sandra R, Miguel L, Adriana M., Beatriz D.

Subdirección Financiera: mcanencio

Coordinación Grupo Planeación: hhoyos

Subdirección de Operación del Aseguramiento en Salud: dmarthan

Oficina Calidad: Lecheverry

Dirección de Promoción y Prevención: jbarbosa, dmanquillo

Despacho Ministra: mduarte

Supersalud: DEAS; DPSS, DiD DET.

ADRES: Hernandez C/ Luz A

Revisó

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria: mmojica

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud:avega

Dirección jurídica: gbustamante

Dirección de Financiamiento Sectorial: jjaimés /AdrianaM.

Subdirección Financiera: mcanencio

Coordinación Grupo Planeación: vgrosso

Subdirección de Operación del Aseguramiento en Salud: arevalo

Oficina Calidad: Amontes

Dirección de Promoción y Prevención: jbarbosa, dmanquillo

Despacho Ministra: mduarte, krincong

Supersalud: Patricia Lozano. / Fernando A Mantilla Gonzalez



estos datos:



Fecha: **07-10-2022**

Página 65 de 65

ADRES: Luis Miguel Rodriguez

Aprobó:

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria: leforerog
Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud:mbrun
Dirección Jurídica: gbustamante
Dirección de Financiamiento Sectorial: ocabrera
Subdirección Financiera: mcanencio
Coordinación Grupo Planeación: vgrosso
Subdirección de Operación del Aseguramiento en Salud: arevalo
Oficina Calidad: Amontes
Dirección de Promoción y Prevención: jbarbosa, dmanquillo
Despacho Ministra: mduarte, krincong
Supersalud: Cesar A. Moreno Castro, Ulahi Beltrán López
ADRES: Jorge Enrique Gutierrez Sampedro