

Radicado No. 2024000000021

Fecha: 20-03-2024

Bogotá D.C.,

Doctora
DIANA MARCELA MORALES ROJAS
Secretaría General
Comisión Cuarta
Cámara de Representantes
comision.cuarta@camara.gov.co.
Carrera 7 No 8 – 68 Ed. Nuevo del Congreso
Bogotá, D.C.

Código de verificación: D1EB4



Para verificar la autenticidad del documento escanee el QR o ingrese al link: <https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeoconsultaWebMinsalud/> y digite el número del radicado y el Código de verificación.

ASUNTO: Envío proposición No. 039 del 16 de febrero de 2024 y proposición aditiva No. 039 del 21 de febrero de 2024. Rad. Int. 202442300512302 - 202442300718612 - 202442300597652

Respetada doctora Diana Marcela,

Este Ministerio ha recibido la proposición del asunto. En atención a la misma, de manera atenta se procede a dar respuesta al cuestionario formulado¹ en los siguientes términos:

- 1. Conocimiento de la situación de deuda: ¿El Ministerio estaba al tanto de la magnitud de la situación de deuda de las EPS con las IPS y proveedores antes de la divulgación del informe de la Contraloría General? ¿Qué acciones o medidas adopta en conjunto con la Superintendencia cuando tuvo conocimiento de esta situación?**

Respuesta. Al respecto, es importante mencionar que en múltiples ocasiones este Ministerio ha manifestado en diferentes ocasiones y en el marco de las audiencias públicas, la preocupación por la deuda que presenta el sector, la cuales consisten en las deudas con la red de prestadores de bienes y/o servicios, personal independiente, proveedores de insumos, medicamentos y tecnologías en salud, personal administrativo, entre otros. En este sentido y de conformidad con lo reportado en el formulario FT004, al cierre de la vigencia 2022, el total de las cuentas por pagar reconocidas por las EPS en el marco del aseguramiento obligatorio a todos los actores del sistema ascendió a un poco menos de \$23 billones, de las cuales, el 75% se concentran en la prestación de servicios de salud (\$17,17 billones), tal y como se puede evidenciar en la siguiente gráfica.

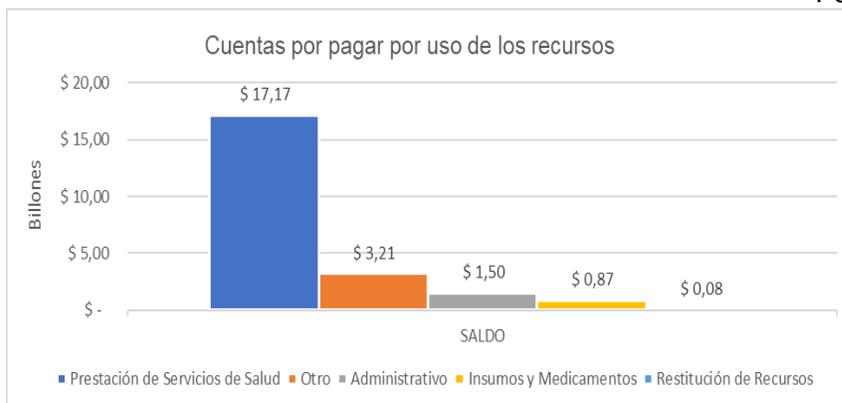
Gráfica 1.

¹ Con el fin de identificar mejor las preguntas se procedió a numerarlas no obstante que en la petición de la honorable congresista no se utiliza la numeración.



INDICADOR NO. 20240000000001

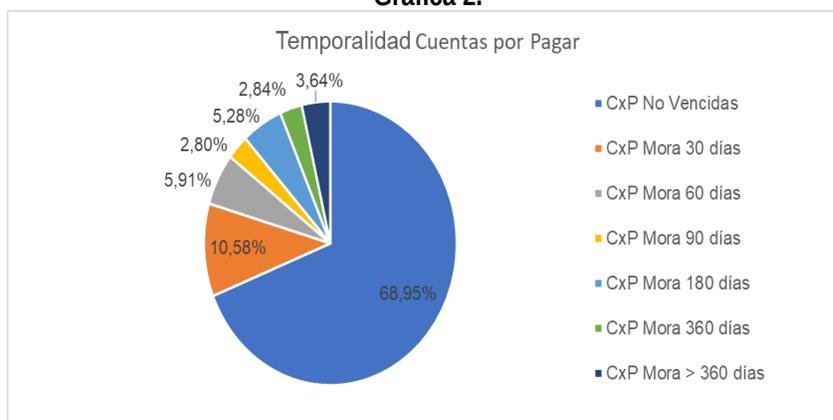
Fecha: 20-03-2024



Fuente: Cifras reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud

Ahora bien, es importante precisar que las deudas por pagar no significan riesgo de liquidez para los proveedores y agentes del sistema, siempre y cuando se encuentren dentro del periodo pactado para el pago. Como se observa a continuación, solo el 69%, es decir, \$15,8 billones del total de las deudas corresponden a cuentas por pagar dentro del plazo y el 31% son deudas que se encuentran vencidas. De estas, \$2,4 billones se encuentran en mora a 30 días, \$1,3 billones a 60 días, \$643 mil millones a 80 días, \$1,2 billones a \$180 días, \$650 mil millones a 360 días y \$834 mil millones a más de 360 días.

Gráfica 2.



Fuente: Cifras reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud

Este comportamiento de la cartera, afecta la sostenibilidad financiera de los proveedores y prestadores de servicios de salud, quienes, a pesar de cumplir con su función, no reciben periódicamente el pago respectivo, lo cual impacta el pago oportuno a los profesionales de la salud, mantenimiento e inversión en infraestructura y la continuidad en la atención.

Al observar la cartera por tipo de prestador, se observa lo siguiente:

- Las IPS privadas concentran \$8,2 billones, de las cuales el 41% se encuentra vencida;
- Las IPS Públicas concentran \$2,5 billones con una cartera vencida del 50%;
- Los gestores farmacéuticos y operadores logísticos presentan deudas del orden de \$1,03 billones, de los cuales, la cartera vencida corresponde al 46%;
- Las IPS Mixtas \$113MM con deuda vencida del 54%, y



NUMERO NO. 20240000000001

Fecha: 20-03-2024

la cartera, seguido por otros deudores asociados a la venta de servicios de salud con el 11,7%, las cuentas por cobrar correspondientes a SOAT-ECAT con el 6,2%, las entidades territoriales de orden departamental con el 5,7%, las cuentas por cobrar por conceptos diferentes a venta de servicios de salud con el 3% y el 0,7% restante correspondió a entidades territoriales de orden municipal o distrital. Adicional, se ha evidenciado un crecimiento sostenido de la cartera en el periodo 2017-2022.

Gráfica 5.



Fuente: SIHO – Ministerio de Salud y Protección Social, Cifras en Millones de pesos

Desde una perspectiva departamental, las IPS reportaron una cartera de \$4,3 billones y un promedio de 173,8 días de mora por parte de las EPS que se encontraban vigentes a diciembre de 2022. Siendo las IPS del Valle del Cauca las que concentran un mayor porcentaje de cartera con 12,5% (\$543 mil millones). En segundo lugar, se encuentran las IPS de Antioquia con 11,3% (\$489 mil millones) y, en tercer lugar, las IPS de Bogotá con 7,6% (\$331 mil millones). Las EPS vigentes que concentraron la mayoría de la cartera fueron Nueva EPS con el 27,2%, Emssanar con 11,0% y Asmet Salud llegando al 10,5%.

Para las EPS en liquidación, se evidencia un promedio de 331,4 días de mora, en las cuales las IPS del departamento de Cundinamarca concentran la mayor porción de la cartera con 13,3% de los \$2,6 billones de la cartera que registraron las IPS públicas con EPS en liquidación; seguidas de las IPS del Huila con 11,5% y las IPS de Norte de Santander con 9,6% respectivamente. Entre las EPS en liquidación que concentraron la mayor cartera con las IPS del país al corte de diciembre 2022, se encontró, en primer lugar, a Medimás con 34,2%, Saludvida con 11,5% y Comparta con el 10,6%.

Las EPS ya liquidadas registran un promedio de 350,5 días de mora y una cartera de \$1,5 billones con las IPS públicas, en donde las IPS de Bogotá concentran el mayor porcentaje de cartera con 24,8%. En segundo lugar, se encuentran las IPS de Antioquia con 9,2% y, en tercer lugar, las IPS de Córdoba con 7,9%. Entre las EPS en liquidación que concentraron la mayor participación de la cartera a diciembre de 2022, se encontraron 2 bolsas, una denominada “EPS-ARS del régimen subsidiado en liquidación” y otra “EPS del régimen contributivo en liquidación”, que concentran el 40,2% de la cartera total de las EPS liquidadas, la deuda que se ubicó en estas bolsas corresponde a cartera que no se logró identificar a qué EPS pertenecía y fue denominada así desde la base de SIHO. La EPS liquidada Cafesalud concentró el 24,28% y Emdisalud el 13,4%.

Para 2022 se identificó que de las 923 IPS que reportaron información en SIHO, 30 concentran el 50,5% de la cartera total (\$4,3 billones). De estas 20 IPS que pertenecían al nivel 3 de atención concentraron el 38,2% de la cartera total y de ellas, 6 se encontraban en Bogotá registrando una cartera de \$1 billón.

El Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" de Cali fue la IPS con mayor cartera con un total de \$290.806



NUMERO NO. 2024000000021

Fecha: 20-03-2024

- Decreto 687 de 2020 que, modifica el Decreto 1333 de 2019 en 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.
- Decretos 1649 de 2020 y 530 de 2021 que, modifica el giro previo de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC.

Respecto a las acciones adelantadas por esta Cartera Ministerial durante la vigencia 2023, se precisa que en la Ley 2294 de 2023, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, se incluyó en el artículo 153 medidas para lograr el saneamiento definitivo de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, así como los pasivos en salud de la atención de la emergencia sanitaria ocasionada por el Covid-19. En este sentido, el numeral 1 señala que:

“1. El reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados con anterioridad al 31 de diciembre de 2019, deberá ceñirse a las disposiciones contenidas en los artículos 237 y 245 de la Ley 1955 de 2019. Solo podrán reconocerse como deuda pública las cuentas que para el 31 de diciembre de 2023 presenten resultado definitivo de auditoría.”

En este sentido, conforme lo establecido en los artículos 237 y 245 de la Ley 1955 de 2019, que fueron retomados en la actual ley del plan, y en el artículo 153 de la Ley 2294 de 2023, el proceso para el reconocimiento y pago de las deudas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Contributivo, continúa vigente.

Ahora bien, en este contexto, el Consejo Superior de Política Fiscal - CONFIS, en sesiones realizadas el 28 de marzo de 2023 y 24 de octubre de 2023, autorizó recursos hasta por valor de \$356.340 millones con cargo al servicio de deuda del Presupuesto General de la Nación de la vigencia 2023. El proceso de reconocimiento quedó establecido en los numerales 1 y 2 del artículo 153 de la Ley 2294 de 2023. De igual manera, en sesión realizada el 22 de diciembre de 2023, aprobó \$282.301 millones para atender el pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC que al 31 de diciembre de 2023 presenten resultado de auditoría definitivo.

Se precisa que, en lo relacionado con el proceso de implementación de esta medida de saneamiento, es la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES la competente para informar sobre el estado de avance de la misma.

- *Saneamiento de cuentas de servicios y tecnologías en salud destinados a la atención del Coronavirus Covid-19*

El artículo 153 de la Ley 2294 de 2023, con el propósito de lograr el saneamiento definitivo de los pasivos de la Nación con el Sector Salud, establece, en el numeral 2, que *“La ADRES adelantará los procesos de verificación que se requieran para determinar los montos adeudados por cuenta de las canastas de servicios y tecnologías en salud destinados a la atención del Coronavirus Covid-19 prestados durante la emergencia sanitaria y realizará el reconocimiento y pago de los mismos. (...)”*

En este contexto, el CONFIS, en sesión realizada el 28 de marzo de 2023 y 24 de octubre de 2023, autorizó recursos hasta por valor de \$356.340 millones con cargo al servicio de deuda del Presupuesto General de la Nación de la vigencia 2023, cuyo reconocimiento quedó establecido en los numerales 1 y 2 del artículo 153 de la Ley 2294 de 2023. Así mismo, en sesión realizada el 22 de diciembre de 2023, aprobó \$407.487 millones son para el reconocimiento de pruebas Covid, en el marco de la emergencia sanitaria.

- *Saneamiento de cuentas no financiadas con cargo a los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado*



NUMERO NO. 2024000000021

Fecha: 20-03-2024

2016 y se dictan otras disposiciones".

- Circular Conjunta 030 de 2013

Con la expedición de la Circular Conjunta 030 de 2013 del 2 de septiembre de 2013, la Superintendencia Nacional de Salud y este Ministerio definieron un procedimiento para lograr el saneamiento y la aclaración de cuentas por concepto de los servicios y tecnologías en salud prestados a la población beneficiaria, a través del cruce de información entre las Entidades Responsables de Pago – ERP (EPS y entidades territoriales) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, y como resultado de estos cruces, determinar el estado de las cuentas. Así mismo, la mencionada circular conjunta, excluye de dicho proceso a las entidades en intervención forzosa administrativa para liquidar, cuyo proceso se rige por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero -EOSF.

De igual manera, señala la citada circular que si hay coincidencias en la información, esto es, el resultado de cruzar lo reportado por la ERP respecto a la IPS y verificar que siete campos de la factura sean consistentes (tipo de identificación de la ERP, tipo de identificación de la IPS, número de identificación de la ERP, número de identificación de la IPS, número de factura, prefijo de la factura y fecha de emisión de factura), las entidades deben fijar y suscribir los compromisos de pago, y en los casos de no coincidencia, los actores del SGSSS deben aclarar y depurar la información. En relación con la depuración, la Circular Conjunta 030 de 2013 determina que la Superintendencia Nacional de Salud, hará seguimiento a las depuraciones que se originen en este procedimiento.

En este sentido, desde la expedición de la Circular Conjunta 030 de 2013, este Ministerio, como administrador del sistema de información donde se reporta la cartera por parte de cada una de las Entidades Responsables de Pago e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sujetas del reporte de esta circular, brinda asistencia técnica a las entidades para el cargue y cruce de información, así como la revisión de inconsistencias para contribuir al proceso de aclaración y depuración de cuentas; así mismo, dispone del cruce de información de cartera a todos los actores que hacen parte de la mencionada circular conjunta, a través del aplicativo SAC – Saneamiento de Cartera C030, en la página web.sispro.gov.co y en el Cubo de Saneamiento de cartera, el cual es consultado mediante la herramienta Excel. De igual manera, en la página Web del Ministerio, enlace: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/Circular-30-de-2013.aspx>, se dispone trimestralmente, el resultado del cruce de información de cartera a todos los actores, con coincidencia en el detalle de las facturas y antigüedad, detallado por régimen (contributivo y subsidiado) y por entidad territorial, al cual puede acceder la Superintendencia Nacional de Salud, todos los actores del Sistema y la ciudadanía en general.

Lo anterior, no sin antes mencionar que es responsabilidad de las EPS, de las IPS y de las entidades territoriales, garantizar la veracidad de la información reportada, su actualización y calidad, como deberes y obligaciones de los usuarios del SGSSS.

De manera adicional, este Ministerio se encuentra adelantando la reglamentación del artículo 150 de la Ley 2294 de 2023 y el Auto 2882 de 2023, en relación con la medida de giro directo.

2. ***Garantía en el acceso y oportunidad en la atención integral de la población asegurada. Ante el inminente deterioro de la cartera de las EAPB, con la red prestadora de servicios de salud y logística, cuál ha sido la hoja de ruta establecida por el Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud, para garantizar que a los usuarios del sistema no se les generen barreras de acceso, por el cierre de servicios la no entrega de medicamentos y dispositivos médicos, el aplazamiento de tratamientos integrales de alto costo, por la terminación de contratos suscritos por el no pago oportuno.***
7. ***Generación de Confianza: Ante los pronunciamientos de la Contraloría General de la República, la Superintendencia Nacional de Salud, del no cumplimiento de las reservas técnicas por parte de las EAPB, que permitan el reconocimiento y pago de la cartera, cuáles han sido las acciones que ha adelantado el ministerio con las IPS privadas que representan el 85% de la red de servicios, como las***



Fecha: 20-03-2024

TOTAL	1450	676.750.000	466.724
ZONA	EXPUESTOS	INCURRIDO	COSTO PROMEDIO
Zona I	900	405.000.000	450.000
Zona II	550	271.750.000	494.091
TOTAL	1450	676.750.000	466.724

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

A su vez, las relatividades por variable se combinan para producir las relatividades observadas.

Ejemplo de las relatividades combinadas

Relatividades	Hombre	Mujer
Zona I	1,000 = 1,000 x 1,000	1,239 = 1,000 x 1,239
Zona II	1,098 = 1,098 x 1,000	1,361 = 1,098 x 1,239

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez se cuenta con todas las relatividades y sobre la categoría cuya relatividad es uno, se estima su prima base como:

$$\pi_{base} = \frac{\text{Total Incurrido}}{\sum_{i=1}^k f_i \text{Exp}_i}$$

En donde f_i se refiere a las relatividades del costo del grupo en relación con el grupo base y los expuestos del grupo. Obtenidas estas relatividades, se calculan las demás primas como el producto de la prima base (la que tiene factor 1) frente a las demás.

Cálculo de primas

ESTIMACIÓN PRIMA PURA	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Zona I	397.279	492.314	444.796
Zona II	436.204	540.550	502.606
TOTAL	409.256	513.417	466.724

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

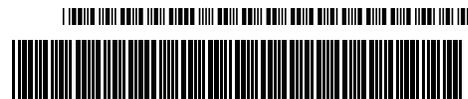
Este método presenta inconvenientes relacionados con la probabilidad de doble ajuste, en situaciones en donde las variables presentan algún grado de correlación y con la dificultad de implementación, cuando se tienen muchas variables y/o categorías. Por ello, se utilizan metodologías multivariadas que permitan estimar de manera más precisa los efectos de cada uno de los factores empleados para el cálculo, mediante una regresión lineal, de la siguiente forma:

$$\ln(\mu_i) = \beta_0 + \sum_{h=1}^H \beta_h D_i + \varepsilon_i$$

En donde,

$u_i =$ es el costo promedio del grupo de riesgo i

$D_i =$ son variables dicotómicas, conocidas como dummy, que indican la presencia de algún atributo particular de



INDICADOR NO. 20240000000001

Fecha: 20-03-2024

- $\hat{\mu}_j$ = Prima pura de riesgo j
 X_i = Costo de la atención en individuos del grupo de riesgo j
 $IBNR$ = Ajuste por siniestros incurridos, pero no reportados y/o no correctamente reservados
 τ = Trending por inflación
 f = Trending por frecuencia
 ξ = Factor de ajuste por compensaciones faltantes.

De acuerdo con las definiciones dadas, la indicación de incremento se estima como:

$$Ind = \frac{L}{P_C(1-V-Q)} - 1$$

Dicha indicación, aplicada sobre el monto de las primas observadas, dará el incremento que se debe generar para financiar las tecnologías en salud y servicios que hacen parte del mecanismo de protección colectiva. Entonces, el incremento se estima como:

$$\frac{P_C Ind}{\text{ingresos UPC}} - 1 = Ind_{UPC}$$

Una vez calculada la Unidad de Pago por Capitación y dada la diversidad del país en cuanto a la prestación de los servicios de salud y a la adecuada gestión de riesgo que deben realizar los actores del sistema, la UPC reconoce 4 zonas geográficas para el régimen contributivo y 5 zonas para el régimen subsidiado así:

UPC por zona especial de dispersión geográfica.

Estas zonas se establecieron bajo los siguientes criterios.

Criterio 1. Municipios que previamente se encuentren clasificados como pertenecientes a zonas dispersas.

Criterio 2. Municipios o corregimientos departamentales con:

- Población inferior o igual a 25.000 habitantes y
- Porcentaje de población rural superior a la mediana (60.7%) y
- Distancia a la capital del respectivo departamento mayor o igual al percentil 75. (163 kilómetros).

Para que un municipio ingrese por este criterio debe cumplir **las tres condiciones sin excepción**.

Criterio 3. Para este criterio se identificaron los territorios en función de la localización de los centros poblados, condiciones de relieve, existencia y características de las vías de comunicación y disponibilidad de transporte, buscando precisar las condiciones de acceso tanto entre como al interior de los municipios. Para lo anterior se tomó la información sobre población y centros poblados del DANE y de vías del Instituto Nacional de Vías (INVIAS), georreferenciada por SISPRO. Se señala que para la aplicación de este criterio se excluyeron los identificados previamente bajo los criterios uno y dos. "Actualmente pertenecen 363 municipios.

UPC por ciudades.



NUMERO NO. 2024000000001

Fecha: 20-03-2024

4827 de 2015.

Ahora bien, una vez implementado el modelo y dado que en el departamento no se cuenta con vías carreteables, y el medio de transporte es a través de los afluentes del río, lo cual dificulta el acceso de los equipos de atención, es necesario establecer un porcentaje diferencial para financiar las atenciones. Para ello, la Secretaría de Salud del Departamento de Guainía desarrolló un análisis de los costos teniendo en cuenta las 4 zonas que se han delimitado en el departamento de acuerdo con los afluentes del río, lo cual se observa en el siguiente mapa.

Mapa 1. Mapa del Departamento de Guainía, división política y límites territoriales



Fuente: Gobernación Departamental. Anexo 4. Modelo de Atención en Salud – MIAS. Universidad de los Andes. 2015

El modelo de atención definido se basa en cuatro ejes fundamentales:

1. **Fundamento en la diversidad étnica:** Se reconoce la integralidad con los médicos tradicionales reconociéndolos como las personas portadoras de los conocimientos y saberes ancestrales en salud de los pueblos indígenas del Departamento de Guainía representados en payés, sanadores, sobanderos, parteras, médicos tradicionales, y otros.
2. **AIEPI – Brigadas de salud.** Conformación de equipos de salud de especialistas para la atención de las condiciones epidemiológicas de la población que den respuesta a indicadores en salud como de tamizajes que se organicen en el departamento.
3. **Equipos Extramurales.** Organización de equipos extramurales con la Institucionalidad en Salud como apoyo permanentemente en las intervenciones individuales y colectivas, desde el hospital hacia los centros de salud.
4. **Equipos Intramurales.** Organización de equipos intramurales que garanticen las atenciones producto de la demanda en salud de la población al interior de las IPS del departamento, con capacidad para resolver las necesidades de salud, de tal forma que se reduzca al máximo posible las remisiones y traslados.

Una vez analizada la información allegada por la Secretaría de Salud departamental y por Coosalud, entidad que fue seleccionada en la convocatoria y encargada en el momento del aseguramiento en este departamento, en el marco del estudio de suficiencia y mecanismo de ajuste de riesgo, se realizó el siguiente análisis:

Descripción de la población: en la descripción demográfica se presenta la distribución de la población del Departamento de Guainía, así como la pirámide poblacional del departamento.

Actividades diferenciales en el marco del modelo diferencial de Guainía: se presenta la utilización de los servicios diferenciales, sus costos totales y per cápita, de acuerdo con la información suministrada por la Secretaría de Salud Departamental de Guainía.



RESOLUCIÓN NO. 163 DE 2023

Fecha: 20-03-2024

Norma	Epígrafe
Resolución 163 de 2023	Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo de la vigencia 2021 a asignar a las entidades promotoras de salud - EPS de ambos regímenes y a las entidades adaptadas, resultado de la revisión de que trata la Resolución 1408 de 2022
Resolución 227 de 2023	Por la cual se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Adaptadas para la vigencia 2023

Fuente: Elaboración Propia- Dirección de Regulación de Beneficios Costos y tarifas del Aseguramiento en Salud.

Ahora bien, en el Auto 2881 de 2003 la honorable Corte Constitucional ordena a este Ministerio: **i)** cancelar efectivamente los valores pendientes conceptos de reajustes a los presupuestos máximos reconocidos para la vigencia del año 2021; **ii)** presentar un cronograma en el que establezca las acciones necesarias para reconocer y pagos los valores pendientes por conceptos de reajustes de la vigencia 2022; **iii)** expedir y notificar el acto administrativo de reconocimiento de los presupuestos máximos correspondientes a los meses de octubre de noviembre y diciembre de 2023; **iv)** elaborar un cronograma para definir la metodología de reajuste definitivo de los techos del año 2023 y se fijen los reajustes finales; y **v)** crear una metodología unificada de definición y reajuste de presupuestos máximos. Al respecto, de manera atenta se precisa lo siguiente:

i) En relación con el estado del reconocimiento de los ajustes de la vigencia 2021, se informa que ello se produjo con la expedición de la Resolución 043 de 2021. Posteriormente, se expidió la Resolución 586 de 2021 en relación a las disposiciones generales del presupuesto máximo, la cual sustituyó la Resolución 205 de 2020, con excepción del anexo técnico que contiene la metodología de cálculo del presupuesto máximo.

En consecuencia, se expidió la Resolución 593 de 2021, a través de la cual se adoptó la metodología para definir el presupuesto máximo para la vigencia 2021, la se estructuró con base en el reporte de servicios y tecnologías en salud registrados en el cierre del ciclo de entrega de suministro de la herramienta MIPRES, y la proyección se realizó teniendo en cuenta el valor de la mediana del Grupo Relevante del Sistema y los Valores de Referencia por Comparación Internacional – PRI. En virtud de los resultados de la metodología, se expidió la Resolución 594 de 2021, con la cual se fijó el presupuesto máximo a transferir a cada una de las EPS y demás EOC para la vigencia 2021. No obstante lo anterior y en el marco del seguimiento y monitoreo a los recursos del presupuesto máximo asignado para la vigencia 2021, de los registros entre 1 de enero y el 30 de junio de 2021, se identificó la necesidad de realizar un ajuste parcial y para ello, se expidió la Resolución 2260 de 2021, la cual adopta la metodología para definir mencionado ajuste, en virtud de lo cual se expidieron las resoluciones de carácter particular para las EPS y demás EOC.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el cierre de reporte de información de esa vigencia fue el 31 de marzo de 2022 y como resultado de la aplicación de la metodología definida en la Resolución 1408 de 2022, se expidieron las resoluciones particulares en las que se fijó el segundo ajuste parcial al presupuesto máximo para la vigencia 2021.

Finalmente, para esa vigencia, una vez efectuado el análisis de la información disponible de los servicios y tecnologías de salud financiados con cargo al presupuesto máximo reportados en el módulo de suministro de la herramienta tecnológica MIPRES, se identificaron grupos relevantes que presentaron comportamientos atípicos durante la vigencia 2021, lo que condujo a efectuar una revisión sobre estos en aplicación de la Resolución 1408 de 2022, con el propósito de proteger los recursos públicos asignados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Como resultado de lo anterior, se expidió la Resolución 163 de 2023, la cual adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo de la vigencia 2021, el detalle de la asignación se anexa al presente documento y a continuación se presentan los valores agregados por régimen.

Tabla No. 2



NUMERO NO. 2024000000021

Fecha: 20-03-2024

Por su parte, la toma de posesión es una medida establecida en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero que tiene por objeto establecer si la entidad debe ser objeto de liquidación o si es posible colocarla en condiciones óptimas para desarrollar su objeto, para lo cual, se realiza un diagnóstico integral de la entidad por parte del agente especial designado y se toma la decisión de levantar la medida, de ordenar una intervención forzosa administrativa para administrar o una intervención forzosa administrativa para liquidar u otra decisión compatible con la naturaleza de la entidad.

- 1. Proyecto de Reforma al Sistema de Salud: Porque el Ministerio de salud, no ha establecido en el proceso de discusión en el Congreso de la República, los mecanismos por los cuales se le garantiza a la red prestadora de servicios de salud y logística el reconocimiento y pago de la cartera por servicios salud en ¿los procesos de intervención y liquidación de las EPS, o las que se transforme en Gestoras de Salud y Vida?**

Respuesta. El artículo 48 del texto aprobado en la Cámara de Representes, establece la transformación de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Gestoras de Salud y Vida, y dispone los parámetros que deberán tener en cuenta para adelantar de manera progresiva, la mencionada transformación y que de conformidad con el artículo 53, a dichas entidades se les reconocerán recursos por el desarrollo de sus funciones. Así mismo, se plantea que solo podrán transformarse, aquellas EPS que cumplan con las condiciones de habilitación y permanencia en el sistema, para lo cual se define en el numeral 6 que, deberán “Presentar a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el Paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano”.

Así mismo establece en el parágrafo 1 que, “La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Entidades Gestoras de Salud no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno nacional”.

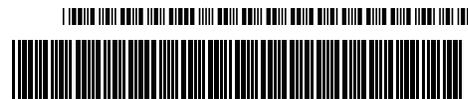
- 2. Intersectorialidad: Informar cual ha sido la hoja de ruta establecida con: el Ministerio de Hacienda, ADRES y Superintendencia Nacional de Salud, Superintendencia Financiera para garantizar el reconocimiento y pago de la cartera histórica a la red prestadora de servicios de salud, por conceptos de aseguramiento PBS y Presupuestos Máximos, así como la cartera de SOAT.**

Respuesta. Tal y como se mencionó anteriormente, las Entidades Promotoras de Salud son las encargadas de la gestión del aseguramiento, en sus diferentes aspectos. Ahora bien, en la materialización del derecho fundamental a la salud en virtud del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, se garantiza el acceso a servicios y tecnologías en salud que se pueden prescribir en el país y que no cumplen con algún criterio de exclusiones. En este escenario, se cuenta con tres mecanismos de reconocimiento de dichos servicios y tecnologías en salud, a saber, UPC, presupuestos máximos y recobros, cuyo reconocimiento se realiza a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, en los términos y condiciones establecidos en la normativa vigente.

En este sentido, respecto de la UPC y presupuestos máximos a la fecha se ha cumplido con el reconocimiento de los recursos a las EPS, razón por la cual no sería posible realizar un reconocimiento adicional.

En cuanto al mecanismo de recobros y con el fin de lograr el saneamiento definitivo, se implementó la política del acuerdo de punto final, establecida en los artículos 237 y 245 de la Ley 1955 de 2019, la cual se encuentra en su última fase.

Respecto a las diferentes problemáticas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT, en especial el fraude, reglamentación, evasión y siniestralidad, se han adelantado mesas de trabajo desde el año 2022. En las mencionadas mesas, lideradas en un primer momento por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y actualmente



RADICADO NO. 2024000000021

Fecha: 20-03-2024

por el Ministerio de Transporte, ha participado este Ministerio, la Superintendencia Financiera de Colombia, la Superintendencia Nacional de Salud y la Fiscalía General de la Nación.

Finalmente, es pertinente mencionar que a través de oficio radicado en este Ministerio a través de oficio 202442400530302, la Superintendencia Nacional de Salud realizó traslado por competencia de los siguientes interrogantes:

9. **Garantía en la accesibilidad, oportunidad y prestación de servicios: Informar como Superintendencia cuántas mesas de trabajo se han adelantado con el Ministerio de Salud, las EAPB, para el análisis técnico de las diferentes variables (Suficiencia de UPC - Carga de Enfermedad – Presupuestos Máximos – Flujo de Recursos – comportamiento de los pagos a la cartera de la red prestadora de servicios de salud en cumplimiento a la normativa vigente.**

Respuesta. En relación con estos temas, en el marco de las competencias de este Ministerio, se han realizado las siguientes actividades:

- *Suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC); carga de la enfermedad*

Las razones que argumentan algunas Entidades Promotoras de Salud respecto de los problemas financieros que afrontan, son aquellas relacionadas con la insuficiencia de la UPC y el aumento de la siniestralidad por carga de enfermedad o desviación de su perfil epidemiológico por esta causa. No obstante, es pertinente mencionar que en las comunicaciones que han remitido a este Ministerio no se presentan estudios técnicos que permitan sustentar dichas afirmaciones.

En este sentido, se debe mencionar que, en lo que corresponde a UPC, no se evidencia déficit alguno puesto que el cálculo de la vigencia 2023 fue realizado durante 2022 con la información que sirve al *Estudio de Suficiencia* realizado por la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, la cual se nutre del reporte del gasto en salud que hacen las EPS dentro de los términos y condiciones establecidos por este Ministerio en la Resolución 2809 de 2022 *“Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones”*.

Es preciso indicar que la fijación de la UPC se determina, con base en las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, que atiende todo lo determinado en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, esto es, en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería. Asimismo, debe tenerse en cuenta lo ordenado en el párrafo tercero del artículo 7° de la Ley 1122 de 2007 *“Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso, serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo”*.

Si bien no se ha demostrado la insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación, este Ministerio se encuentra adelantando mesas de trabajo con las Entidades Promotoras de Salud, en virtud de los compromisos que se adquirieron el 28 de agosto del año 2023, en las instalaciones de la Defensoría del Pueblo.

En este sentido, este Ministerio se ha comprometido a: **i)** analizar los recursos reconocidos por concepto de canastas de servicios y tecnologías para COVID-19 a las EPS, con el fin de determinar la suficiencia de la asignación; **ii)** analizar los estados financieros de las EPS, con el objetivo de afirmar o desmentir la hipótesis de siniestralidad contable que las tres EPS arguyen; **iii)** realizar el estudio de las frecuencias con las que se ajusta la frecuencia para



RADICADO NO. 2024000000021

Fecha: 20-03-2024

10. **Perspectivas futuras: ¿Cuáles son las perspectivas y medidas a futuro que la Superintendencia de Salud considera necesarias para abordar de manera efectiva el problema de las deudas de las EPS y garantizar la estabilidad financiera del sistema de salud en el país, especialmente después de tomar conocimiento de esta situación? ¿Se están considerando cambios en las políticas o regulaciones existentes para mejorar esta situación?**

Respuesta. Como se expuso en el punto anterior, no se evidencia insuficiencia en la Unidad de Pago por Capitación – UPC y en lo que respecta a presupuestos máximos, el Gobierno Nacional ha adoptado las medidas necesarias para garantizar su reconocimiento ajustado a la necesidad de la población y los servicios de salud objeto de financiación.

No obstante, al tratarse de la garantía del derecho fundamental a la salud bajo los principios de universalidad y calidad en el servicio, constantemente se adelantan análisis, con retroalimentación de los actores, frente a las políticas públicas en salud necesarias para materializar los postulados de la Ley 1751 de 2015.

Así mismo, se informa que la Ley 2294 de 2023 - Plan Nacional de Desarrollo "Colombia Potencia Mundial de la Vida" - dispone entre otras medidas, la posibilidad de reglamentar el mecanismo de giro directo (artículo 150) y reglas para lograr el saneamiento definitivo de los pasivos de la Nación con el Sector Salud (artículo 153); en lo relacionado con el cierre del acuerdo de punto final del régimen contributivo, el reconocimiento de las canastas Covid – 19 prestados durante la emergencia sanitaria y el reconocimiento de los ajustes de presupuestos máximos de la vigencia 2022, los cuales se abordaron en puntos anteriores.

En estos términos atendemos la proposición formulada en lo que atañe a este Ministerio.

Cordial saludo,

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

Elaboró: Claudia C /Mónica V
Revisó/Aprobó: J Romero/ K Rincón

Para verificar la autenticidad del documento escaneé el QR o ingrese al link: <https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/consultaWebMinSalud/> y digite el número del radicado y el Código de verificación: D1EB4.