



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 1 de 85

Bogotá D.C.,

Doctor

VICTOR RAÚL YEPES FLOREZ

Secretario General Comisión VII Constitucional Permanente

Cámara de Representantes

Senado de la República

Carrera 7 No. 8-68, Edificio Nuevo del Congreso. Piso 5

Ciudad

*Recibido
18-08-2015
83 Folios*

Asunto:

Cuestionario Proposición No. 024. Varios Hospitales
Radicado Interno: 201542301395782

Apreciado doctor Yepes, reciba cordial saludo,

En atención al cuestionario inserto en la proposición No. 024, aprobada en esa Célula Legislativa, relacionada con la problemática de los hospitales públicos, damos respuesta a las preguntas de competencia de este Ministerio, en los siguientes términos:

1. Crisis Hospitalaria

1.1 ¿Cuáles son las causas fundamentales de la crisis hospitalaria que vive el país, que cada vez se agrava más?

Respuesta: Debe recordarse la situación que presentaba el Sistema para el año 2010, en el contexto de las medidas que por vía excepcional había dictado el Gobierno Nacional en uso de potestades legislativas, tendientes a conjurar los problemas financieros, de prestación y de aseguramiento que venía presentando el mismo desde antes de 2008, año en el cual la misma Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-760, identificó diversos problemas del Sistema, especialmente los relacionados con los problemas regulatorios del POS, los asuntos NO POS y las consecuencias en la prestación por denegación de servicios y en los resultados financieros del Sistema.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 2 de 85

Ante este panorama, uno de los elementos más importantes en la política pública adelantada por el Gobierno, consistió en reconocer que los problemas no podían solucionarse de manera inmediata, sino que, por el contrario, era necesario adelantar una plan que considerara no sólo la corrección de ciertos asuntos de manera paulatina y progresiva, sino también la solución de problemas nuevos que podrían surgir.

Así las cosas, en materia financiera específicamente se mencionan algunas de las situaciones que se evidenciaron y que en parte justificaron la fallida emergencia social:

- Demoras significativas e injustificadas en el flujo de recursos del régimen subsidiado de salud que tenían en situación crítica particularmente a la red prestadora de servicios de salud.
- Falta de control en los flujos de recursos del aseguramiento, incluyendo el control del recaudo de las cotizaciones del SGSSS que representa una de las principales fuentes de financiación.
- Deudas con tendencia creciente de las Entidades Territoriales del orden municipal con las EPS del régimen subsidiado de salud.
- Deudas importantes de las Entidades Territoriales del orden departamental por el pago de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del régimen subsidiado o por la atención de población pobre no afiliada.
- Incremento desbordado de las prestaciones no incluidas en el POS contributivo a cargo del FOSYGA y con ello cartera creciente de las EPS.
- EPS con fragilidad patrimonial que repercute en el cumplimiento de margen de solvencia.
- Incertidumbre y falta de claridad en las cuentas por cobrar y cuentas por pagar derivadas de la prestación de servicios de salud tanto de entidades responsables del pago como de prestadores de servicios de salud.
- Plan Obligatorio de Salud sin actualización, que hacía creciente la demanda de prestaciones No POS.
- Plan Obligatorio de Salud diferencial entre el régimen contributivo y el subsidiado con una brecha importante en el reconocimiento de la UPC.
- No había cobertura universal, ni se habían dispuesto en el marco fiscal de mediano plazo los recursos para financiarla.
- Recursos del sector represados por años, sin utilización, en las principales necesidades del sector.
- Hospitales con riesgo financiero sin calificar objetivamente, sin la existencia de programas de saneamiento estructurales que permitieran resolver la situación de fondo.
- Inexistencia de planeación territorial en el financiamiento del sector.

El Gobierno Nacional, frente a un panorama financiero complejo, ha generado desde 2011, estrategias que de manera ordenada y sistemática apuntan a resolver los principales problemas mencionados y que se pueden resumir así:

- **Mejoramiento del flujo de recursos.** Consideró el Gobierno que este, debía ser el primer aspecto que en materia financiera debía resolverse, dado que un inadecuado flujo de recursos genera también endeudamiento, deterioro patrimonial de las instituciones y costos de transacción, entre otros. En un



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 3 de 85

- esquema de aseguramiento en salud, donde el ciclo de gasto es corto y mensualmente se deben asumir por parte de los agentes encargados del pago cuantiosos recursos para atender las obligaciones sobre las prestaciones a que tienen derecho los afiliados, la garantía de un flujo de recursos sano, es determinante.
- **Control de la tendencia de incremento de recobros No POS.** En un modelo de aseguramiento lo adecuado es que los ciudadanos accedan a los servicios de salud a través del paquete de beneficios y no por fuera de él. El pago directo de los recobros genera incentivos perversos con respecto a la contención de precios y el control del gasto.
 - **Política de saneamiento de pasivos del sector.** Antes del 2011, no existía marco normativo, instrumento o procedimiento que permitieran avanzar en el saneamiento de los pasivos del sector. El Gobierno Nacional a partir de la Ley del Plan y con otros instrumentos consignados en la Ley 1438 de 2011, Decreto Ley 019 de 2011, Ley 1587 de 2011, Ley 1608 de 2013, Ley 1687 de 2013, inicia una tarea compleja, pero necesaria.

Una vez en marcha las estrategias para mejorar el flujo de recursos del sector, el control de los recobros No POS y con una hoja de ruta para el saneamiento de pasivos, se debe avanzar en el fortalecimiento patrimonial de las instituciones del sector y paralelamente con esto en la aclaración de las cifras financieras. Esto se logra a través del establecimiento de condiciones financieras que deben de manera obligatoria asumir las entidades responsables del pago que para el caso que nos ocupa son las Entidades Promotoras de Salud y que generarán procesos de capitalización para las entidades que quieran continuar operando el aseguramiento en salud.

En cuanto a los problemas que afrontan algunas Empresas Sociales del Estado - ESE, las causas que afectan su operación y resultados, pueden involucrar diferentes factores tanto externos como internos de las mismas.

Los factores internos son resultado de la gestión gerencial propia de las ESE en los aspectos asistenciales y administrativos, tales como la adecuación y seguimiento de los procesos de facturación, radicación y recaudo así como la racionalización del gasto, pertinencia médica, u oportunidad en la atención.

Los factores externos por su parte, se relacionan con problemas de flujo de recursos, el entorno de competencia de prestadores privados, entre otros, que se manifiestan en retrasos en los pagos por parte de los pagadores, trámites y glosas, procesos conciliatorios y penales por incumplimientos de las entidades promotoras de salud, entre otros.

Estos factores a su vez, en forma conjunta con los señalados como internos de las ESE, tienen incidencia en su operación y se expresa en aspectos como, interrupción o falta de continuidad en la prestación de los servicios de salud, retrasos en el pago de las nóminas del personal, limitaciones en insumos y materiales, entre otros.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

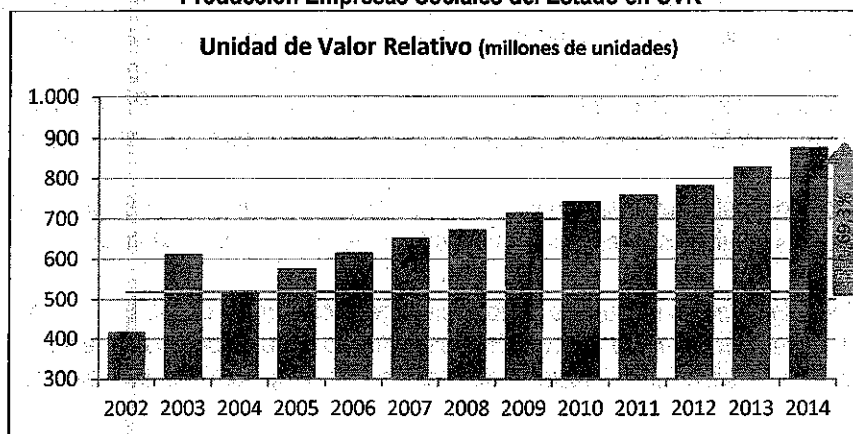
Fecha: 18-08-2015

Página 4 de 85

Adicionalmente, y en forma general, la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud evidencia deficiencias y obsolescencia en la infraestructura física que afecta la adecuada prestación de los servicios a la población; rezagos en tecnología biomédica que limitan su capacidad resolutoria y competitiva, así como atrasos en cobertura y obsolescencia tecnología informática y de comunicación hospitalaria, o no responde a los requerimientos de orden normativo, asistencial o funcional.

No obstante, es importante resaltar con relación a la situación de las ESE, que se observa un aumento en la prestación de servicios de las mismas, al igual que mejoras en indicadores de calidad. Conforme a la información reportada por las ESE al Sistema de Información de Hospitales Públicos - SIHO y validada por las entidades territoriales departamentales y distritales en virtud del Decreto 2193 de 2004, el número de atenciones en salud en términos relativos año a año se ha incrementado, al pasar de 471,6 millones de Unidades de Valor Relativo - UVR¹ en 2002, a 612,5 millones en 2006, 740,4 millones en 2010 y 878,3 millones en 2014. La producción de este último año es 69% mayor a la reportada en 2004.

Gráfico 1
Producción Empresas Sociales del Estado en UVR



Fuente: Sistema de Información de Hospitales - SIHO.

El comportamiento antes descrito también se presenta por niveles de complejidad. El mayor dinamismo se observa en las ESE de tercer nivel, en las cuales la producción de 2014 es 92% mayor a la reportada en 2004. De igual manera, la producción de las ESE de primer y segundo niveles también presenta una tendencia positiva y con comportamiento dinámico, con una producción en 2014 de 64% (segundo nivel) y

¹ La unidad de valor relativo - UVR es una forma de resumir en una misma dimensión los diferentes servicios que produce una institución hospitalaria, ya que pondera las diferentes actividades y en algunos servicios tiene en cuenta la complejidad del servicio prestado.



Al contestar por favor cite estos datos:

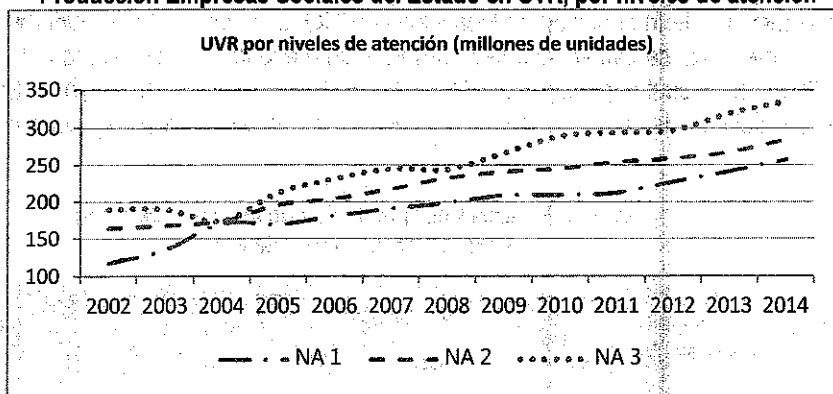
Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 5 de 85

51% (primer nivel) mayor a la registrada en 2004.

Gráfico 2
Producción Empresas Sociales del Estado en UVR, por niveles de atención



Fuente: Sistema de Información de Hospitales – SIHO.

De igual manera, se ha podido visibilizar un progresivo mejoramiento no sólo del componente de sostenibilidad financiera, sino también de los aspectos asociados con la calidad de la atención en salud, de acuerdo con lo reportado por las ESE al SIHO.

Por ejemplo, en la dimensión de *accesibilidad y oportunidad* se presenta a nivel global una mejora notoria en los últimos años y para 2014 se observa una disminución en indicadores de oportunidad en citas de medicina interna de 11.4 días en 2013 a 9.9 en 2014 (disminuye 13%), de gineco-obstetricia de 7.3 días a 7.1 (decrece 3%), de consulta de cirugía de 8.2 días a 7.9 días (decrece en 4%), de odontología general de 2.1 días a 2.0 (decrece 4%), al igual que en la proporción de cancelación de cirugías programadas de 5.6% a 4.9% y en la oportunidad en la realización de cirugía programada que pasa de 11.9 a 9.7 días (decreciente en 18%), entre otros.

En la dimensión de *calidad técnica*, el número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización cae de 19 mil casos en 2013 a 16 mil en 2014, lo que representa una disminución del 14%. Además, el número de muertes después de 48 horas cae de 20.486 en 2013 a 19.011 casos en 2014, así como el número de pacientes con infección nosocomial que pasa de 15.056 casos a 13.926. En la dimensión de *satisfacción y lealtad* se mantiene la satisfacción del usuario con los servicios prestados por las instituciones públicas, con una satisfacción del 92% de los pacientes.

1.2 ¿Cuáles son los efectos de la cartera de las EPS en la crisis de los hospitales públicos y especialmente

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono: (57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 6 de 85

cuál es la incidencia de las EPS liquidadas o en liquidación, de las intervenidas y de las públicas? Y ¿Qué se va hacer para garantizar la recuperación de esa cartera?

Respuesta: De acuerdo con la información de cartera, reportada por el 97% de las Empresas Sociales del Estado al Sistema de Información de Hospitales - SIHO, con corte a 20 de abril de 2015, y que se consolida en la siguiente tabla, se evidencia que la cartera total presentó un crecimiento del 10,2% entre las vigencias 2013 y 2014, en el cual el principal deudor de las ESE son las EPS del Régimen Subsidiado, que participan con un 60% del total de la misma, la cual tuvo un incremento entre estas vigencias de 12,1%.

Tabla 1
Estado de cartera por prestación de servicios de salud
Corte 31 de diciembre de 2014

Millones de pesos corrientes

Concepto	Subconcepto	Cartera a 31 de diciembre de 2014						% Partic. Total Cartera	Var. % Dic2013 Dic2014
		Total Cartera Dic2013	Hasta 60	De 61 a 180	De 181 a 360 días	Mayor a 360 días	Total Cartera Diciembre 2014		
Régimen Subsidiado	EPS pública (Caprecom)	608.624	97.373	161.239	140.353	302.453	701.418	14%	15,2%
	EPS en intervención (movilidad) *	-	778	239	18	66	1.101	0,02%	0,0%
	EPS del régimen subsidiado en liquidación	615.132	4.003	2.323	10.165	533.606	550.098	11%	-10,6%
	EPS-S	1.428.187	460.183	475.535	256.918	527.947	1.720.583	35%	20,5%
Régimen Subsidiado		2.651.942	562.337	639.336	407.454	1.364.072	2.973.199	60%	12,1%
Régimen Contributivo	EPS Pública (movilidad) **	-	9	32	6	366	413	0%	0,0%
	EPS-C en intervención	143.822	33.598	66.547	39.455	42.102	181.703	4%	26,3%
	EPS del régimen contributivo en liquidación	82.179	75	249	5.977	74.676	80.978	2%	-1,5%
	EPS-C	382.371	94.219	123.872	106.172	155.235	479.498	10%	25,4%
Régimen Contributivo		608.372	127.902	190.700	151.610	272.379	742.591	15%	22,1%
Población Pobre Departamentos		375.161	60.890	50.852	49.144	154.292	315.178	6%	-16,0%
Población Pobre Municipios / Distritos		59.249	7.655	5.435	3.708	31.241	48.039	1%	-18,9%
SOAT - ECAT		313.131	32.567	41.560	44.759	229.936	348.822	7%	11,4%
Otros deudores por VSS		505.785	100.310	83.069	131.342	231.313	546.034	11%	8,0%
Total		4.513.640	891.661	1.010.953	788.016	2.283.233	4.973.863	100%	10,2%

*EPS en intervención (movilidad) corresponde a Saludcoop. ** EPS pública (movilidad) corresponde a Caprecom. Decreto 3047 de 2013. Fuente: Información reportada al Sistema de Información de Hospitales - SIHO por el 97,4% de las ESE en virtud del Decreto 2193 de 2004

El siguiente mayor deudor corresponde a las EPS del Régimen Contributivo, las cuales participan con el 15% del total de la cartera, con un crecimiento del 22,1% frente al 2013.

Es de aclarar que no se registra cartera para la vigencia 2013 de las EPS con movilidad entre regímenes (EPSC20-CAPRECOM EPS y EPSS13-SALUDCOOP EPS en intervención), debido a que el Decreto 3047 del



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 7 de 85

27 de diciembre de 2013 que tiene por objeto "...establecer las condiciones y reglas para la movilidad desde el régimen subsidiado hacia el régimen contributivo y viceversa, sin solución de continuidad en su aseguramiento en salud, de los afiliados al Sistema General de Seguridad en Salud focalizados en los niveles I y II del Sisbén que por cambios o intermitencias en sus condiciones socioeconómicas deban moverse de un régimen a otro y no quieran cambiar de Entidad Promotora de Salud", señaló en su artículo 11, que a partir de su publicación el Fosyga, las EPS y los operadores de PILA tendrían seis (6) meses para adecuarse a lo previsto este Decreto, momento a partir del cual empezó a operar la movilidad entre regímenes. Así, estas entidades iniciaron la responsabilidad del aseguramiento de los afiliados que cambiaron de régimen pero permanecieron en la EPS.

En lo que respecta al régimen subsidiado, se tiene que las EPS en liquidación participan en un 11% y las que se encuentran en intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud con un 0,02%, del total de la cartera, viéndose disminuida las primeras frente al 2013 en un 10,6%.

La cartera de la EPS del régimen subsidiado pública, adeuda \$701.418 millones a diciembre de 2014, lo que corresponde al 14% del total de la cartera reportada por las Empresas Sociales del Estado, incrementándose en un 15,2% frente al 2013.

En el caso de las EPS del Régimen Contributivo con mayor deuda con las IPS Públicas son la Nueva EPS con un 28,84%, seguido de Saludcoop con un 24,52%, Coomeva con un 13,06%, Famisanar con un 5,21%, Cafesalud con un 3,81% en otras.

Las EPS del régimen contributivo en liquidación son el 2% del total de la cartera, disminuida en un 1,5% frente al año 2013, las intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud participan en un 4% y crecieron un 26,3% con respecto al año 2013.

No obstante lo anterior, es importante reiterar lo señalado en la respuesta anterior, con relación a que los resultados financieros de las Empresas Sociales del Estado, se ven impactados por diferentes variables que pueden involucrar, factores internos de las entidades que son del resorte de la gestión gerencial de las personas que lideran los procesos de gestión, asistenciales y administrativos, tales como la adecuación y seguimiento de los procesos de facturación, radicación, cartera y recaudo así como la racionalización del gasto, pertinencia médica, oportunidad en la atención, entre otros, y factores externos que pueden involucrar demoras en el flujo de los recursos, competencia de prestadores privados, falta de articulación de los prestadores públicos en sus diferentes niveles de atención, entre otras.

Teniendo en cuenta lo anterior no es posible determinar por parte de este Ministerio, cuántas ESE, se están viendo afectados en sus resultados financieros por una única causa, es decir, por el no pago oportuno de las



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 8 de 85

EPS, ya que como se mencionó en el párrafo anterior, las causas que afectan los resultados pueden involucrar diferentes aspectos.

Conforme a la información reportada por parte 923 de las IPS públicas al Ministerio de Salud y Protección Social, se tiene que a 31 de marzo de 2015, el **total de la cartera** asciende a \$5.36 billones, de las cuales el 55% corresponde a deudas menores a 1 año que corresponde a \$2.94 billones de pesos.

Analizando el valor de la cartera total por nivel de atención de las IPS públicas con corte a 31 de marzo de 2015, se tiene que:

- Las IPS del primer nivel atención registran un valor de cartera de \$1,17 billones, con una cartera menor de 1 año del 55%, siendo las cuentas por cobrar de menos de 60 días del orden del 17% es decir \$196 mil millones.
- El segundo nivel registra un valor de cartera de \$1,99 billones, con una cartera menor de 1 año del 57%, siendo las cuentas por cobrar de menos de 60 días del orden del 16% es decir \$321 mil millones.
- Por su parte, el tercer nivel registra un valor de cartera de \$2,19 billones, con una cartera menor de 1 año del 54%, siendo las cuentas por cobrar de menos de 60 días del orden del 16% es decir \$341 mil millones.

El siguiente es el detalle por edad de la cartera:

(Cifras en Millones de \$)

Nivel de atención	Hasta 60 días	De 61 a 180 días	De 181 a 360 días	Mayor a 360 días	Total cartera
1	196.145	248.798	195.296	532.405	1.172.644
2	320.563	485.599	324.369	866.033	1.996.563
3	341.035	484.547	351.083	1.022.095	2.198.760
TOTAL	857.743	1.218.943	870.748	2.420.533	5.367.967

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios – SIHO. Fecha de corte: 31 de marzo de 2015.

De las 923 Instituciones Prestadoras de Servicios Públicas que reportaron información, las diez entidades que mayor cartera presentan oscilan entre \$111 mil millones de pesos y \$196 mil millones de pesos, con niveles del 2,07% y 3,64% del total de la cartera, entre ellas se encuentra el Hospital General de Medellín –Luz Castro de Gutiérrez, el Hospital Universitario del Valle –Evaristo García-, Hospital Universitario La Samaritana, Hospital Universitario Erasmo Meoz, Hospital Occidente de Kennedy III Nivel, Hospital Simón Bolívar III Nivel, Hospital El Tunal, Instituto Nacional de Cancerología, Hospital Hernando Moncaleano Perdomo y Hospital Federico Lleras Acosta, entre otros.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 9 de 85

En el caso de las EPS del Régimen Contributivo que tienen mayor deuda con las IPS Públicas son la Nueva EPS con un 27,52%, seguido de Saludcoop con un 25,02%, Coomeva con un 14,14%, Famisanar con un 3,72% y Salud Total con un 3,00% del total de cartera, en otras.

Para el caso de las EPS del Régimen Subsidiado, Caprecom EPS, adeuda a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas un 24,72%, equivalente a \$ 797,9 mil millones de pesos, del total de la cartera, seguido de Salud Vida con un 4,98%, Savia Salud con un 4,67%, Capital Salud con un 4,59% y Asmet Salud con un 4,52% del total de cartera, entre otras EPS.

Respecto a las EPS que se encuentran en liquidación, representan un 6,05% del total de cartera (50,1 mil millones) del Régimen Contributivo con las IPS públicas, y un 6,87% (221,6 mil millones) del total de cartera del Régimen Subsidiado.

Es importante mencionar que, mediante Circular 030 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud, establecieron el procedimiento de aclaración y depuración de cuentas del sector a través del cruce de información entre Entidades Responsables de Pago - ERP (EPS de contributivo y subsidiado y Entidades Territoriales) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS tanto públicas como privadas. Este procedimiento ha sido acompañado por la Procuraduría General de la Nación en el seguimiento que dicha entidad de control realiza en el marco de sus competencias.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, están trabajando conjuntamente en el reporte sistemático de información de las cuentas por cobrar y cuentas por pagar, liderado por las entidades territoriales de orden departamental que propenda por la aclaración y depuración de cuentas entre los distintos actores del sistema de salud.

¿Qué se va hacer para garantizar la recuperación de esa cartera?"

Es importante precisar que la intervención y liquidación son figuras autorizadas por la Ley que ponen a las entidades en un proceso particular que se rige por normas especiales. Para el caso de las EPS, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, sus decretos reglamentarios y el Decreto 2555 de 2010, son las normas que debe aplicar la Superintendencia Nacional de Salud y el agente interventor y/o liquidador; en ellas se señalan las reglas a las cuales deben sujetarse los acreedores, así como las acciones y trámites que pueden adelantar sus representantes legales, frente a los actos administrativos expedidos por los agentes interventor o liquidador para recuperar la cartera respectiva.

Sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección ha implementado algunas medidas que han mejorado el flujo de recursos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En primer lugar, es importante mencionar



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 10 de 85

que con la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 971 de 2011, se implementó el instrumento jurídico de giro directo de los recursos que financian y cofinancian la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.

A partir del artículo 6° del Decreto 971 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2320 de 2011, modificada por la Resolución 4182 de 2011 que determinó el mecanismo de reporte por parte de las EPS de la información que permita el giro directo de los recursos que financian la Unidad de Pago por Capitación a las IPS, fijando los plazos y reglas para la materialización del mismo.

Por otra parte, el artículo 10° de la Ley 1608 de 2013, estipula que las EPS que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, girarán directamente al menos el 80% de la Unidad de Pago por Capitación reconocida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a través del FOSYGA.

Como consecuencia a esta disposición, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 2464 de 2013, donde se define el procedimiento para el giro directo de estas EPS en medidas de intervención. Posteriormente, las Resoluciones 654 y 1569 de 2014, establecen los términos y condiciones para el registro de cuentas bancarias de las IPS potencialmente beneficiarias.

En este contexto, el giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas para el giro directo en el Régimen Contributivo comenzó a partir del mes de junio de 2014 con las EPS Cafesalud, Cruz Blanca y Saludcoop. El valor total girado con fecha de corte a 21 de julio de 2015, es de \$2.576.535 millones de pesos. Con esta medida se han beneficiado 3.367 IPS a nivel nacional. A continuación se presenta un resumen del valor total girado por EPS:

Giros Vigencia 2015

(Cifras en Millones de \$)

80% IPC NETA VIGENCIA 2015 - PROCESO DE COMPENSACIÓN	
CAFESALUD	236.947
CRUZ BLANCA	124.704
SALUDCOOP	1.015.644
TOTAL	1.377.295

Fuente: MSPS -DAFPS.

Giros Vigencia 2014

(Cifras en Millones de \$)

80% IPC NETA VIGENCIA 2014 - PROCESO DE COMPENSACIÓN	
CAFESALUD	158.508
CRUZ BLANCA	121.938
SALUDCOOP	918.794
TOTAL	1.199.240

Fuente: MSPS -DAFPS.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201520001378861**

Fecha: **18-08-2015**

Página 11 de 85

Adicionalmente este Ministerio considera importante que se efectúe la revisión de las disposiciones contenidas en el Proyecto de Ley 024 de 2014 Senado, "Por el cual se adoptan unas normas para mejorar la oferta, la oportunidad y la calidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, como hospitales y clínicas", acumulado con el Proyecto de Ley 077 de 2014 Senado, "Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

Estos proyectos unificados se están discutiendo en el Congreso de la República y se han planteado varias medidas tales como: reglas para el uso de recursos del Sistema General de Participaciones, excedentes de rentas cedidas y regalías, así como habilitar mecanismos para generar liquidez a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y posibilitar el saneamiento de pasivos. Adicionalmente se considera la posibilidad que el FOSYGA pueda realizar el giro directo a las IPS de la parte de la UPC que les corresponda por los servicios que prestaron a las EPS del Régimen Contributivo.

En particular, en el artículo 6 del Proyecto de Ley, abre la posibilidad para que se destinen algunos recursos al saneamiento de pasivos con estas entidades que se han liquidado, previo al cumplimiento de las condiciones que establezca el Ministerio para regular la operación de este procedimiento.

1.3 ¿Cuáles fueron los resultados del proceso de reestructuración realizado por el Ministerio de Salud en todo el territorio Nacional a partir del año 2000, llamado "Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud"?

Respuesta: Con el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud (2004 - 2012) se buscó contribuir al fortalecimiento de la gestión de los hospitales públicos en el contexto de las redes, mediante el mejoramiento de la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, con miras a mejorar el acceso a los mismos. Desde su concepción tuvo como objeto *"apoyar la transformación de la gestión de los hospitales públicos, a través del mejoramiento de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, que permita la viabilidad técnica y financiera de las redes públicas de prestación de servicios de salud, así como la extensión del aseguramiento dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*².

El Programa constituyó una de las estrategias propuestas desde el Nivel Central de forma conjunta con las entidades territoriales, para contribuir a la solución de las problemáticas identificadas en los componentes: estructurales (sobredimensionamiento y desarticulación de la oferta pública de prestadores de salud, operación

² Ministerio de la Protección Social. Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud. Reglamento Operativo. Abril de 2004.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 12 de 85

con elevados costos de producción), de gestión (débil gerenciamiento, inadecuada gestión contractual y deficiente gestión de información) y externos (prestadores públicos que no garantizaban la integralidad en la atención por la carencia de redes de prestación de servicios, inapropiada gestión de las direcciones territoriales y deficiente sistema de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS).

El programa para su ejecución tuvo las siguientes etapas:

1. **Formulación y viabilización de propuestas:** las Direcciones Territoriales de Salud diseñaron y acordaron las acciones de intervención en las redes de prestación de servicios y en sus Empresas Sociales del Estado.
2. **Reorganización:** Se buscó eliminar en las Empresas Sociales del Estado las causas de su desequilibrio y así mejorar la gestión, mediante:
 - a. Adecuación del portafolio de servicios de las ESE.
 - b. Ajuste planta de personal.
 - c. Pago de compensaciones, liquidaciones y deuda laboral con financiación de recursos de la Nación.
 - d. Pago de pasivos prioritarios.
3. **Modernización:** Acciones que contribuyeron a garantizar la sostenibilidad de los logros alcanzados y al mejoramiento de la eficiencia, calidad y oportunidad en la prestación de servicios.

Para su ejecución, "el Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social suscribe convenios de desempeño con las entidades territoriales e instituciones prestadoras de servicios de salud, de los cuales hace parte una matriz de evaluación y seguimiento, en la que se definen compromisos en la reorganización de la red de prestación de servicios y mejoramiento de su gestión, y metas de ajuste y racionalización del gasto, producción y calidad de los servicios prestados y sostenibilidad financiera"³.

En tal sentido, se suscribieron 32 convenios de desempeño entre el Ministerio y las entidades territoriales e instituciones públicas prestadoras de servicios de salud (que involucran a 215 instituciones), como instrumentos para el seguimiento y evaluación de los resultados en la reorganización de las redes y mejoramiento de la gestión, metas de racionalización del gasto, producción y calidad de los servicios y sostenibilidad financiera. Bajo estos convenios se suscribieron contratos de empréstito condonables entre el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y las entidades territoriales, sujetos al cumplimiento de compromisos y metas.

³ Ibidem.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

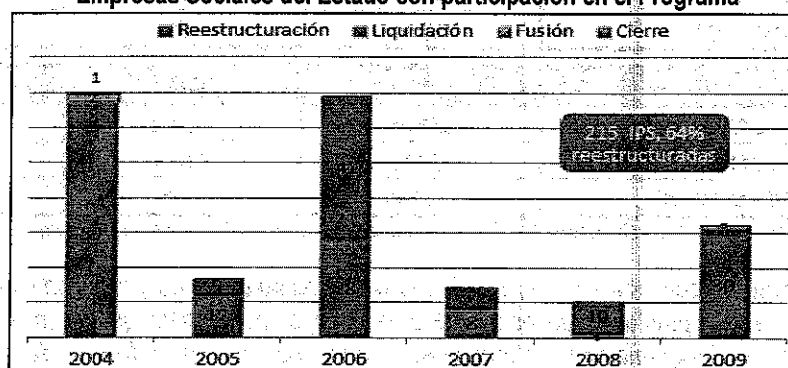
Fecha: 18-08-2015

Página 13 de 85

Si bien el alcance e impacto del Programa según sus objetivos abarcaba al total de ESE, para efectos de las acciones de reorganización y reestructuración, de los 215 hospitales públicos que ingresaron, 64% fueron reestructurados.

Gráfico 3

Empresas Sociales del Estado con participación en el Programa



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.

En cuanto a los resultados del Programa, se señala que durante su operación se hicieron varias evaluaciones internas y externas. De acuerdo con el proyecto contratado con el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2013 con el Centro de Proyectos para el Desarrollo – Cendex de la Pontificia Universidad Javeriana, "Evaluación del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud y hacer recomendaciones de políticas y estrategias que mejoren la eficiencia, la sostenibilidad y la calidad en la prestación de servicios", los hospitales que firmaron convenios en el marco del Programa muestran una estructura y resultados mejores con respecto a los que no.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 14 de 85

Gráfico 4
Resultados Evaluación Programa ESE con y sin convenio

SIN CONVENIO 2011	2004	2006	2011
ACTIVO	100%	100%	100%
PASIVO	55%	56%	42%
PATRIMONIO	45%	44%	58%
CON CONVENIO 2011	2004	2006	2011
ACTIVO	100%	100%	100%
PASIVO	89%	66%	28%
PATRIMONIO	-11%	34%	72%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Cendex-Universidad Javeriana. Evaluación del Programa

De conformidad con esta Evaluación, "Si se revisan los objetivos del programa en términos de calidad técnica y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, se puede decir que las instituciones favorecidas por los convenios del Programa tuvieron mejor desempeño que aquellas no favorecidas. Desde el punto de vista de la viabilidad técnica y financiera, también se pudo concluir que existe un impacto favorable para las instituciones que están siendo favorecidas por el programa". Entre los aspectos que resalta la Evaluación sobre los resultados del Programa, están:

- Los hospitales que firmaron convenios de mejora tienen un 28% de endeudamiento y un 71% de Patrimonio frente a una relación de 42% y 58% en sus pares sin convenio. En el 2004 La estructura de los hospitales que ingresaron al convenio era crítica, con patrimonio negativo.
- El capital de trabajo creció notablemente desde el 2004 al pasar de \$9.150 millones a \$939.969 millones. Se nota que los hospitales con convenio pasaron de un capital de trabajo negativo en donde los pasivos de corto plazo superan los activos corrientes, a una situación positiva en donde acumulan el 77.8% del total del capital de los hospitales observados.
- Los hospitales con convenio tienen una cartera más sana ya que para 2011 su cartera mayor a 180 días equivalía al 55% de la cartera total mientras que en los hospitales sin convenio era de 63%.



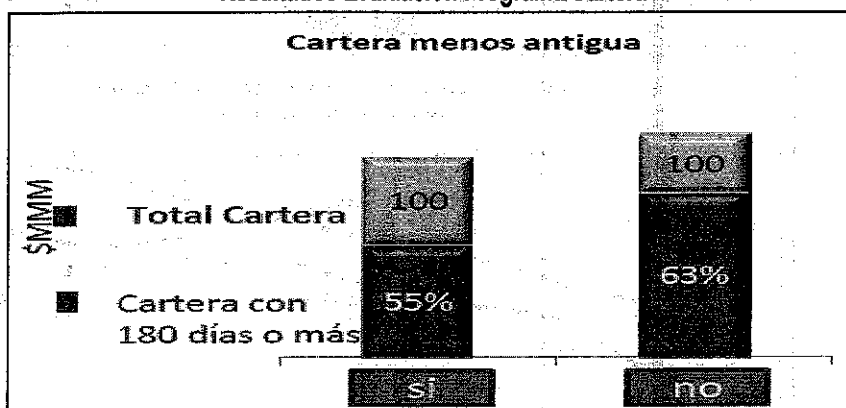
Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 15 de 85

Gráfico 5
Resultados Evaluación Programa Cartera



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Cendex-Universidad Javeriana. Evaluación del Programa

Una evaluación interna desarrollada por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio, también arrojó resultados similares. En términos generales, para el periodo 2004-2010 la producción hospitalaria en las Empresas Sociales del Estado muestra un aumento permanente, con una producción en 2010, 44% mayor a la reportada 6 años antes. Al analizar la producción por los dos grupos de hospitales públicos se evidenció que la misma también registra un aumento en forma constante en ambos, pero es más pronunciado el crecimiento en los hospitales con convenio que en sus pares sin convenio (56% frente a 40%).



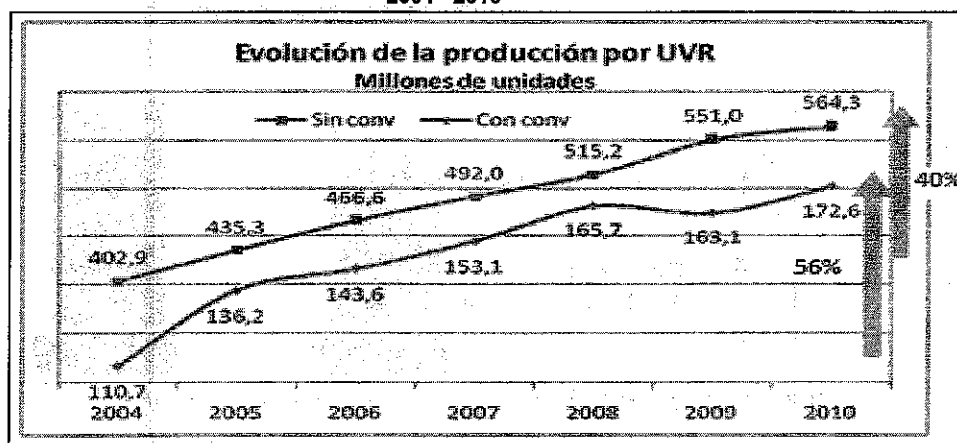
Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 16 de 85

Gráfico 6
Evolución producción de servicios en UVR de hospitales públicos con y sin convenio
2004 - 2010



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.

Al comparar la producción de servicios de salud para los años 2004 - 2010 por tipo de servicios, se observa que hay mayores aumentos en los hospitales públicos con convenio que en los demás hospitales, en especial en los de primer nivel que corresponden a hospitales locales, mientras que ocurre lo contrario en los de tercer nivel.

Tabla 2
Variación Producción de Servicios, hospitales públicos con y sin convenio. 2004 – 2010

Variación de la producción por servicios 2004-2010								
Tipo de servicios	Total		I nivel		II nivel		III nivel	
	Con conv	Sin conv	Con conv	Sin conv	Con conv	Sin conv	Con conv	Sin conv
P&P	83%	47%	105%	49%	30%	32%	-51%	440%
Ambulatorio	54%	28%	60%	23%	67%	31%	-5%	72%
Hospitalario	44%	30%	-20%	-24%	56%	33%	42%	49%
Apoyo diagnóstico	77%	74%	89%	50%	80%	42%	72%	121%
Odontológico	46%	-8%	62%	-9%	14%	-3%	-41%	129%
Total UVR	54%	39%	50%	16%	62%	34%	49%	74%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria



Al contestar por favor cite estos datos:

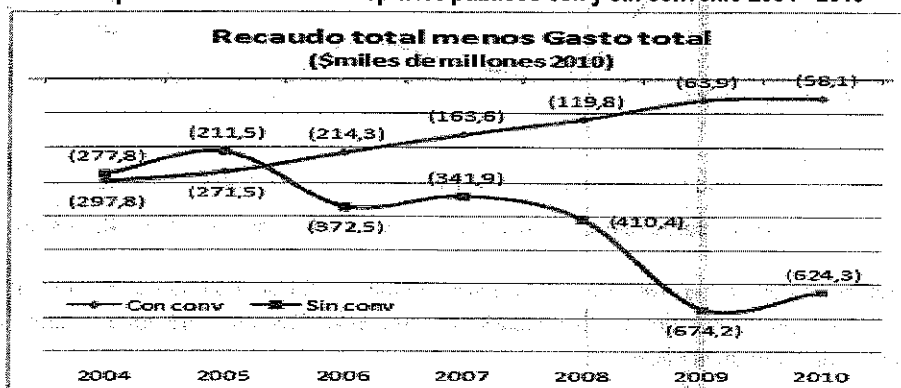
Radicado No.: **201520001378861**

Fecha: **18-08-2015**

Página 17 de 85

Otro aspecto que arroja el estudio es que el déficit con recaudo⁴ de los 215 hospitales con convenio era ligeramente inferior a las restantes 784 ESE. En 2004 el déficit con recaudo fue de \$277,8 miles de millones⁵ para los hospitales con convenio y de \$297,8 mil millones para el resto de hospitales. Mientras que el desequilibrio del primer grupo disminuye cada año hasta ser de \$58.1 mil millones en 2010, el desequilibrio de los restantes hospitales aumentó progresivamente hasta \$624.3 mil millones.

Gráfico 7
Comportamiento recaudo hospitales públicos con y sin convenio 2004 - 2010



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Al analizar en esta evaluación el indicador de eficiencia del gasto, que compara el gasto⁶ requerido para producir un servicio de salud⁷, se observa que en los hospitales públicos muestra una tendencia en forma de U. En la primera parte del periodo se evidencia una reducción en el gasto por unidad producida, es decir, aumentos de eficiencia, pero para la segunda parte del periodo hay un aumento (o ineficiencia). Sin embargo el gasto por unidad producida del último año es inferior al del primero, lo que muestra que con el tiempo hubo mejoras en eficiencia.

⁴ Ingresos totales recaudados menos Gastos totales comprometidos.

⁵ A precios constantes de 2010.

⁶ Se tiene en cuenta los gastos corrientes de funcionamiento y de operación comercial y prestación de servicios.

⁷ Se crea una medida que hace comparable los diferentes servicios prestados por una institución hospitalaria denominada *Unidad de Valor Relativo*.



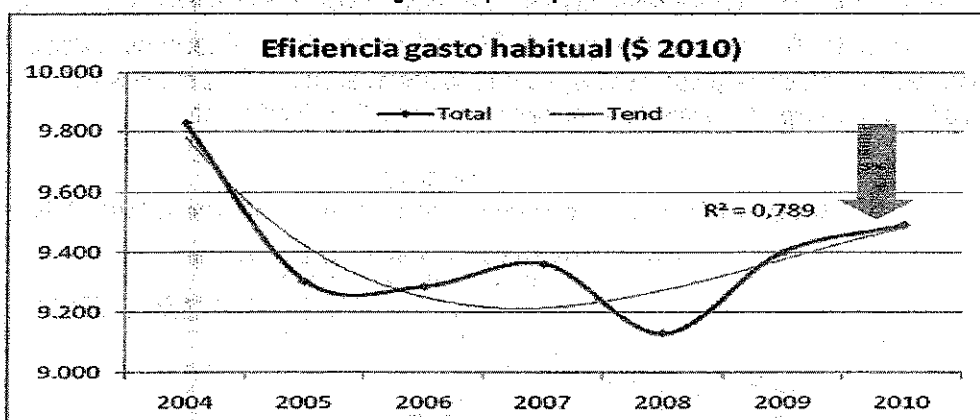
Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 18 de 85

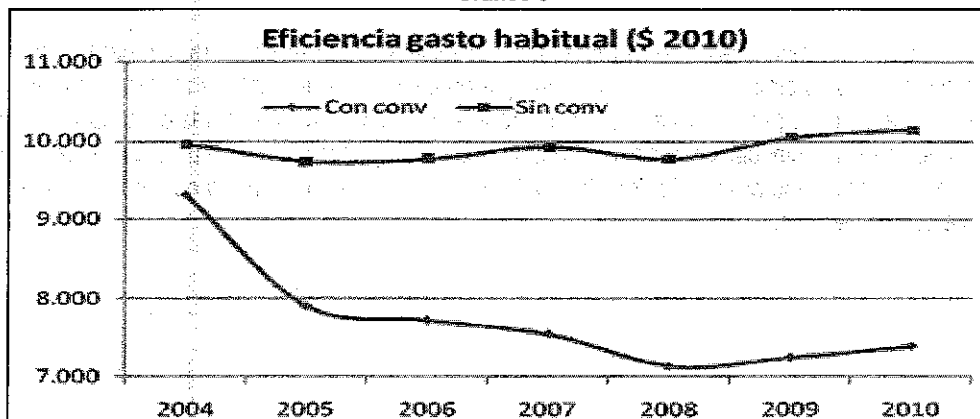
Gráfico 8
Eficiencia del gasto hospitales públicos 2004 - 2010



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

De todas formas, el mejoramiento de la eficiencia solo se da en los hospitales con convenio, ya que el gasto por unidad producida de los hospitales sin convenio muestra una leve tendencia positiva, es decir, desmejoramiento en la eficiencia.

Gráfico 9



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

El análisis anterior demuestra un mejor comportamiento de los hospitales con convenio. Pero no se puede decir que esto haya pasado en la totalidad de hospitales con convenio. Se calcula que para el periodo de



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 19 de 85

análisis, 82% de las instituciones mejoraron la cantidad de servicios prestados, medido por su tendencia; lo que implica que el 18% desmejoraron en producción. No obstante, este porcentaje (82%) es mayor que el porcentaje de hospitales sin convenio que mejoraron en producción (56%).

Gráfico 10

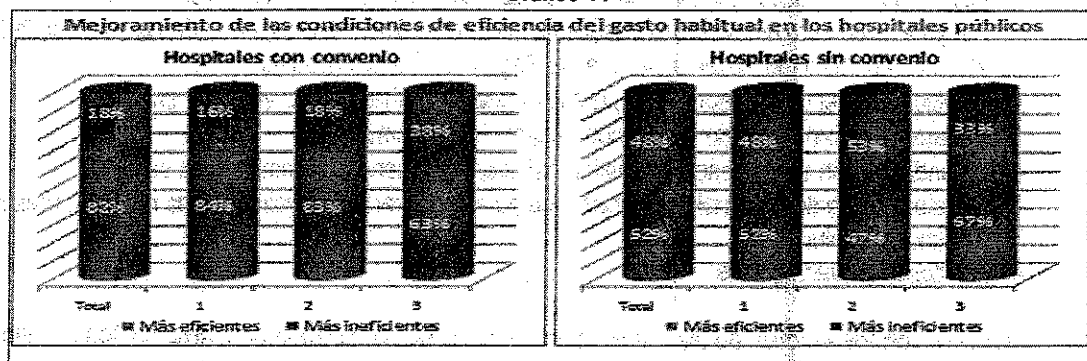
IPS con tendencia de disminución en el gasto habitual por unidad producida									
Nivel	Con convenio			Sin convenio			Total		
	q	Q	%	q	Q	%	q	Q	%
Total	109	133	82%	439	843	52%	548	976	56%
1	71	85	84%	388	741	52%	459	826	56%
2	33	40	83%	41	87	47%	74	127	58%
3	5	8	63%	10	15	67%	15	23	65%

q: corresponde con el número de IPS que reportan una tendencia de mejoramiento en eficiencia.
Q: número de IPS analizadas.
%: q/Q.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

El 89% de las ESE con convenio mostraron tendencia a mejorar en eficiencia, lo que implica que solo 11% de las ESE desmejoraron por este concepto. Este comportamiento es mejor que en las ESE sin convenio donde 76% de las instituciones mejoraron en eficiencia.

Gráfico 11



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 20 de 85

Entre las conclusiones de este estudio se encuentra que:

- i) Más ESE están aumentando producción (ambos grupos de hospitales);
- ii) Más ESE con convenio son más eficientes en su gasto que IPS sin convenio;
- iii) En los hospitales con convenio, el incremento de la producción se da con mejoras en eficiencia (mayor proporción que grupo sin convenio), con lo que reduce los costos de atención en beneficio del sistema; y
- iv) Un poco menos de la mitad de los hospitales sin convenio han incrementado el gasto por unidad producida (menos eficientes) y estos son los que pueden explicar el aumento en el desequilibrio con recaudo de los hospitales sin convenio.

Finalmente, se resalta que en desarrollo del Programa en el marco del crédito 1742/OC-CO, también se trabajó en el diseño e implementación de proyectos prioritarios de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, al igual que en la prestación de asistencia técnica a las direcciones territoriales de salud para su fortalecimiento técnico para el ejercicio de sus funciones relacionadas con la prestación de servicios de salud. Entre estas acciones se encuentran:

- Desarrollo de instrumentos y asistencia técnica para la conformación y organización de las redes de ESE y la integración de las mismas a estas.
- Proyectos dirigidos al fortalecimiento de la capacidad institucional de las direcciones territoriales de salud para el ejercicio de las funciones relacionadas con la prestación de servicios, mediante acciones de asistencia técnica y acompañamiento a las mismas, así como desarrollo de instrumentos normativos, administrativos, entre otros.
- Mejoramiento de la gestión de los recursos relacionados con la prestación de servicios, como talento humano, infraestructura física y equipos, vulnerabilidad sísmica estructural, sistemas de información y tecnología informática, gestión insumos, procesos administrativos y financieros, y demás.
- Apoyo técnico para el desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Modificación del marco regulatorio para la prestación pública de servicios de salud.
- Desarrollo de proyectos de evaluación de tecnología biomédica.
- Estandarización de procesos de gestión del talento humano y de insumos en salud.
- Fortalecimiento de la tecnología informática para la operación y gestión de las redes de prestación de servicios de salud.
- Auditorías y evaluaciones

- 1.4 ¿Cuáles son los efectos de las sentencias de la Corte Constitucional C-614 de 2009, C-690 y C-901 de 2011 y muy especialmente la C-172 de 2012 sobre el proceso de reestructuración desarrollado a partir del 2000 y cuál es el efecto sobre la actual crisis hospitalaria?**



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201520001378861**

Fecha: **18-08-2015**

Página 21 de 85

Respuesta: Es importante recordar que las Empresas Sociales del Estado - ESE tienen autonomía administrativa (artículo 194 de la Ley 100 de 1993) para definir sus plantas de personal con base en la población a atender y portafolio de servicios, en el marco de las redes.

Otra de las dificultades, relacionada con lo anterior, radica en la diferencia de las remuneraciones para los cargos del personal de salud de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, las cuales se rigen por los parámetros que la propia autonomía constitucional otorga a las entidades territoriales para su determinación, siendo éstas, empresas descentralizadas del orden territorial. Asimismo, en lo que respecta al número de personas contratadas bajo el rubro de Servicios personales indirectos o rubros diferentes a éste.

No obstante, el Ministerio de Salud y Protección Social ha hecho estimativos para cuantificar el impacto de la formalización laboral de los trabajadores de las ESE, mediante la construcción de escenarios en los cuales se contempla la incorporación de las personas contratadas como "Servicios Personales Indirectos" o a través de la tipificación de las Empresas Sociales del Estado.

En el contexto de estos estudios, según análisis realizado por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, el impacto, a valores de 2011, de la formalización laboral, implicaría un incremento de los gastos en un valor cercano a los \$600 mil millones. Con esta situación, es indudable también, que aquellas ESE que se encuentran en condiciones deficitarias comparando la gestión del gasto contra los ingresos efectivamente recibidos en caja, desmejorarían sus condiciones de equilibrio financiero.

Se reitera que los datos arrojados por estos ejercicios son indicativos en el marco de los escenarios propuestos, con los supuestos empleados. Una vez se expida el régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado se podrá disponer de una estimación más acotada.

Es importante señalar, que en el marco de las estrategias del Gobierno Nacional para impulsar la implementación de mecanismos de operación, administración y gestión del recurso humano de las ESE, se expidió el Decreto 1376 de 2014 "*Por el cual se reglamentan los mecanismos de estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal y los Acuerdos de Formalización Laboral en las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones*", el cual tiene por objeto fijar los mecanismos para la estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal en las Empresas Sociales del Estado y la suscripción de los Acuerdos de Formalización Laboral en desarrollo de lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1610 de 2013.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 22 de 85

De igual manera, ante las últimas disposiciones jurisprudenciales de la Corte Constitucional, en las prioridades para el cuatrienio 2014 – 2018 a ser incorporadas en el Plan Nacional de Desarrollo, se propone el ajuste del régimen laboral y empresarial de los hospitales públicos.

1.5 ¿Consideran los Señores Ministros que los criterios de evaluación de riesgo financiero de los hospitales son lo que se necesitan a la hora de establecer la garantía del derecho fundamental?

Respuesta: Los criterios para la evaluación del riesgo financiero de las Empresas Sociales del Estado están establecidos en el inciso primero del artículo 80 la Ley 1438 de 2011:

*“El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo **en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros**, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la presente ley.” (Subrayado y negrilla fuera de texto).*

En cumplimiento de lo anterior, la Resolución 2509 de 2012 estableció que la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado se debería realizar *“teniendo en cuenta la capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes de las instituciones, frente a los ingresos operacionales corrientes”,* y fue *“diferencial para aquellas Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que operan en condiciones de mercado especiales”.*

Para la categorización se tiene en cuenta la información presupuestal y financiera de las Empresas Sociales del Estado con corte a 31 de diciembre de cada año, presentada en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, consolidada y validada por las direcciones territoriales en los términos establecidos en dicho Decreto. Respecto a las condiciones de mercado, en el artículo 3 de la Resolución 2509 de 2012, se incluyeron los siguientes criterios:

- 3.1. *Estar ubicada en un municipio dentro del quintil más alto de dispersión poblacional, y ser la única opción en el municipio para la prestación de los servicios de urgencias o partos o no contar con estos servicios.*
Cuando se trate de una Empresa Social del Estado con sedes en más de un municipio, se considerará que cuenta con condiciones de mercado especiales, si el cincuenta por ciento (50%) o más de las sedes cumple con los dos aspectos definidos en el numeral anterior.
- 3.2. *Prestar servicios de internación destinados exclusivamente a pacientes con patologías de salud mental.*



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 23 de 85

Con base en los anteriores criterios, en el artículo 5 de la Resolución 2509 de 2012, modificado por el artículo 2 de la Resolución 2090 de 2014, se estableció la metodología para la categorización del riesgo.

Con relación a las medidas siguientes a la categorización del riesgo de la ESE, el artículo 81 de la citada Ley 1438 de 2011, estableció:

"Una vez comunicada la información de determinación del riesgo por parte del Ministerio de la Protección Social, dentro de los siguientes sesenta (60) días calendario, las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto deberán someterse a un programa de saneamiento fiscal y financiero,..."

Tal como está previsto en el inciso segundo del artículo 8 de la Ley 1608 de 2013, los programas de saneamiento fiscal y financiero deben contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de las Empresas Sociales del Estado, que permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población.

En tal sentido, los programas de saneamiento fiscal y financiero que deben ser adoptados por las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial categorizadas en riesgo medio o alto, se constituyen en una oportunidad para que la ESE de manera articulada con la dirección territorial de salud en el marco de la red pública conformada por esta última, programe e implemente las medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos que permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria.

Es de destacarse que de acuerdo con lo previsto en la normatividad mencionada, la formulación del Programa de saneamiento fiscal y financiero es realizada por cada Empresa Social del Estado con el acompañamiento de las dirección departamental o distrital de salud, y para su financiamiento se han previsto un conjunto de recursos financieros (artículo 11 del Decreto 1141 de 2013), además de los de carácter institucional, territorial y nacional que permitirán el mejoramiento de las condiciones de calidad, eficiencia y sostenibilidad de las ESE y en consecuencia el mejoramiento en la accesibilidad, resolutivez y integralidad en la atención de la población.

1.6 ¿Cuál es la dimensión de la responsabilidad del Gobierno Nacional en la actual crisis hospitalaria?

Respuesta: En materia de la prestación de los servicios de salud, el artículo 49 de la Constitución Política estipula que la organización de los mismos se debe realizar en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 24 de 85

Las Empresas Sociales del Estado de conformidad con lo estipulado por el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, son una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Con lo anterior, se resalta que las Empresas Sociales del Estado son entidades autónomas para su operación.

Según el citado artículo 49 de la Constitución Política, es función del Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a la población, conforme a principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Es así, como en el marco legal (Leyes como 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y recientemente la Ley Estatutaria 1751 de 2015, entre otras) se han venido estableciendo los lineamientos y directrices para su provisión a nivel territorial de forma descentralizada, mediante redes que posibiliten la integración de prestadores para la adecuada atención en salud de la población a nivel territorial.

En el contexto de estas normas legales y objetivos de política en salud, se han venido diseñando e implementando por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, desarrollos normativos, instrumentos y estrategias para el mejoramiento de la prestación pública de los servicios de salud.

Para la planeación y gestión de la prestación de servicios de salud, las entidades territoriales disponen de instrumentos, como los planes territoriales de salud (Ley 152 de 1994), los planes financieros territoriales de salud, los Programas Territoriales de Reorganización, rediseño y modernización de redes de Empresas Sociales del Estado y los planes bienales de inversiones públicas en salud, encaminados a la organización y gestión de la prestación a nivel territorial.

- El Plan Financiero Territorial de Salud (Leyes 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011, Decreto 196 de 2013, Resolución 4015 de 2013) busca generar un marco adecuado de planificación de los recursos del Sector para que las entidades territoriales atiendan las responsabilidades a cargo en el marco de sus competencias, con la identificación y consolidación de los requerimientos de recursos y fuentes de financiación.
- El Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado (Artículo 156 de la Ley 1450 de 2011) por el cual las entidades territoriales, identifican las acciones necesarias para el mejoramiento de la operación y sostenibilidad de la prestación pública de servicios de salud, en procura de su fortalecimiento en el marco de las redes. Estos Programas deben contener a partir del diagnóstico de la situación de las empresas sociales del estado y del conjunto de la red en el territorio (incluyendo el acceso a los servicios), la definición y valoración de las acciones para el fortalecimiento de la prestación pública de servicios de salud, en el marco de las redes.
- El Plan Bienal de Inversiones en Salud (Leyes 715 de 2001, 1438 de 2011 y Resoluciones 2514 de 2012 y



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 25 de 85

1985 de 2013) tiene como propósito la planeación por parte de los departamentos y distritos de las inversiones en infraestructura física y en equipos biomédicos de control especial de las instituciones públicas, en el marco de las redes.

- El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero que debe ser presentado por aquellas Empresas Sociales del Estado categorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto (Leyes 1438 de 2011 y 1608 de 2013, Decreto 1141 de 2013), que constituye un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre a la ESE y que tiene como objeto restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio de salud.
- Es importante señalar, que para coadyuvar a prestación de servicios de las ESE, mediante el artículo 3 de la Ley 1608 de 2013 se estableció la no sujeción de reconocimiento por servicios prestados a los aportes patronales para las vigencias 2013 y 2014 y la no obligatoriedad de facturación del valor de recursos de aportes patronales no reconocidos en su totalidad en la vigencia 2012, al estipular que *"durante los años 2013 y 2014 los recursos del Sistema General de Participaciones transferidos sin situación de fondos y presupuestados por las Empresas Sociales del Estado por concepto de aportes patronales, no estarán sujetos a reconocimiento por servicios prestados. Estos recursos se considerarán subsidio a la oferta"*.

De igual manera, se han dispuesto importantes recursos para la financiación y cofinanciación de inversiones en infraestructura y dotación de equipos biomédicos de las Empresas Sociales del Estado, como saldos de cuentas maestras (Ley 1608 de 2013), excedentes de rentas cedidas (Leyes 1393 de 2010 y 1608 de 2013), remanentes de recursos acumulados en el Fonpet provenientes del Lotto en Línea (Decreto 728 de 2013), del Sistema General de Regalías (Leyes 1530 y 1606 de 2012), de crédito de redescuento de Findeter (Decretos 4808 de 2010, 2551 y 2762 de 2012, 2048 y 2460 de 2014, Resolución 0327 de 2015), de la Nación (Resoluciones 4691 y 4915 de 2013 y Resolución 5807 de 2014) y propios de las entidades territoriales.

Otras de las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional, además de las señaladas, se relacionan con el giro directo y el mecanismo de compra de cartera, a los cuales se ha hecho alusión en otras respuestas a los interrogantes incluidos en el cuestionario.

1.7 ¿Considera el Gobierno nacional que con la política de Saneamiento Fiscal y Financiero se resuelve la crisis de la red pública hospitalaria? ¿Mediante cuáles estrategias, programas o acciones?

Respuesta: Como se ha venido señalando, los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero que deben adoptar las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, constituye un instrumento orientado a restablecer su solidez económica y financiera; que en forma conjunta con otros instrumentos establecen el marco de la prestación de servicios de salud a nivel territorial, la participación de las ESE en la misma, las directrices para su planeación, gestión, seguimiento y evaluación, así como el financiamiento de las



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 26 de 85

mismas.

En el marco de los desarrollos legislativos y de política, se reconoce la diversidad territorial, localización y concentración de la población, niveles de desarrollo y demás, que incide en la distribución territorial de los servicios de salud, con presencia de los servicios de mayor complejidad en las zonas con mayor volumen de población y amplios mercados en que concurren prestadores públicos, privados y mixtos; mientras en los municipios pequeños, áreas rurales y dispersas la oferta de servicios de salud se concentra en servicios básicos, principalmente a través de Empresas Sociales del Estado de baja complejidad, las cuales en algunos casos dadas las condiciones de mercado (demanda) no les es posible sostenerse a partir de los ingresos por ventas de servicios de salud en condiciones de eficiencia.

En razón de lo anterior, Leyes como la 1122 de 2007, 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011 establecen que cuando por las características de mercado del área de influencia, las ESE sean las únicas oferentes de servicios y no sean sostenibles en términos financieros en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferir recursos para garantizar los servicios básicos requeridos por la población.

En el marco de los Planes Financieros Territoriales de Salud (Leyes 1393 de 2010 y 1450 de 2011), lo inicialmente establecido por la Resolución 4015 de 2013, y recientemente en el marco de la expedición del Decreto 2273 de 2014, las entidades territoriales departamentales y distritales deben establecer, en la planificación de los gastos para prestación de servicios de salud y los recursos con destinación a la financiación de la misma, los requerimientos de recursos que coadyuvan a las Empresas Sociales del Estado, previo cumplimiento de los criterios y condiciones allí estipulados, considerando a su vez los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado y los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, cuando haya a lugar.

Con los Planes Financieros Territoriales de Salud se pretende generar un marco adecuado de planificación de los recursos del sector para que las entidades territoriales atiendan, en el ámbito de sus competencias, aspectos como los señalados y sobre la base de las restricciones fiscales que limitan la realización de inversiones superiores; existiendo la prioridad de garantizar el financiamiento y sostenibilidad de la cobertura de aseguramiento en salud en cada uno de éstos.

En la citada Resolución 4015 de 2013, el subsidio a la oferta a las Empresas Sociales del Estado estará sujeto al cumplimiento de metas en su desempeño en la prestación de servicios de salud en el marco del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado y los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, cuando haya lugar a ellos. En tal sentido, constituyen incentivos para lograr mejoras en la atención y en la eficiencia de la operación de las mismas.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 27 de 85

Las entidades territoriales que asignen recursos en el contexto del Decreto 2273 de 2014, "...podrán ejecutarlos para garantizar la prestación de servicios a través de Empresas Sociales del Estado -ESE- o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- que gestionen la infraestructura pública de propiedad de la entidad territorial. Para la ejecución se deberán definir las obligaciones a cargo de la ESE o de la IPS, a través del mecanismo de contratación que corresponda, estableciendo como mínimo las metas de producción de servicios que garanticen la calidad y resolutivez, el mantenimiento del portafolio de servicios establecido en el marco del diseño de la red aprobada al departamento, la realización de acciones de cobro a las entidades a las cuales venden servicios y la forma en que la entidad territorial concurre directamente al financiamiento del gasto requerido para la garantía de la prestación de los servicios".

De forma complementaria, como se señaló previamente, se vienen diseñando estrategias e instrumentos, al igual que la disposición de importantes recursos para el fortalecimiento de la capacidad resolutive de las Empresas Sociales del Estado, para el mejoramiento de su infraestructura y equipamiento biomédico. Entre las fuentes para financiación o cofinanciación de inversiones de este tipo, están los saldos de cuentas maestras y excedentes de rentas cedidas, remanentes de recursos acumulados en el Fonpet provenientes del Lotto en Línea, del Sistema General de Regalías, de la Nación, crédito de redescuento de Findeter y recursos propios de las entidades territoriales.

Es así que el Ministerio de Salud y Protección Social, viene ejecutando proyectos de inversión, como el de "Fortalecimiento de la capacidad instalada para la prestación de servicios a nivel nacional" durante los años 2013 y 2014, o el proyecto de "Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en los componentes de infraestructura y dotación hospitalaria", con una inversión para el cuatrienio 2014 – 2018 de \$550.000 millones.

Con tal inversión, se busca conjugar recursos cofinanciando iniciativas de los departamentos y distritos, junto con fuentes disponibles por éstos para el efecto, como las señaladas (saldos de cuentas maestras del régimen subsidiado y excedentes de rentas cedidas, remanentes de recursos acumulados en el Fonpet provenientes del Lotto en Línea, del Sistema General de Regalías, de la Nación, líneas de financiamiento con tasa compensada de Findeter y recursos propios de las entidades territoriales; además de iniciativas de alianzas público privadas que gestionen y pongan en marcha).

En el mismo sentido, en los contratos plan se contemplan inversiones adicionales en infraestructura y dotación de equipos biomédicos.

En resumen, La política de saneamiento de pasivos se fundamenta en las siguientes normas:



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 28 de 85

SANEAMIENTO DE CARTERA Y MEJORAMIENTO DEL FLUJO DE LOS RECURSOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	ESTRATEGIA / MEDIDA	
Pago de Deudas Régimen Subsidiado	Excedentes de Cuentas Maestras del RS	Artículo 7° de la Ley 1587 de 2011 Decreto 1080 de 2012 Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013
	Recursos FAEP y SGP Libre Destinación	Artículo 275° de la Ley 1450 de 2011 Ley 1530 de 2011 Artículo 6° de la Ley 1608 de 2013
	Recursos FOSYGA	Artículo 5 de la Ley 1608 de 2013 (Destinación de \$150,000 millones)
	Excedentes de Rentas Cedidas	Artículo 4° de la Ley 1608 de 2013
	Pago de deudas CCF con IPS	Artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 Decreto 3046 de 2013
	Compra de Cartera - Subcuenta de Garantías para la Salud	Artículo 9° de la Ley 1608 de 2013
Pago de Deudas Régimen Contributivo		
Pago de deudas por servicios prestados a la PPNA y No POS	Excedentes de Cuentas Maestras del RS	Artículo 7° de la Ley 1587 de 2011 Artículo 2° de la Ley 1608 de 2013
	Recursos CAJANAL EPS en Liquidación	Artículo 3° de la Ley 1608 de 2013
	Uso de excedentes del recaudo de recursos de CCF hasta diciembre de 2010	Decreto 3136 de 2011 - Recursos de CCF para el pago del No POS de afiliados al RS
	Recaudo del Presupuesto General de la Nación	Ley de Presupuesto
	Deudas No POS - ET	Numeral 2 del Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013
Saneamiento Fiscal y Financiero de ESE	Excedentes y Superávit FOSYGA	Artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 Ley 1608 de 2013
	Recursos FONSAET	Ley 1438 de 2011
	Excedentes de Cuentas Maestras del RS	Artículo 7 de la Ley 1587 de 2011 Numeral 3 del Artículo 2 de la Ley 1608 Ley 1608 de 2013
	Recaudo del Presupuesto General de la Nación	Ley de Presupuesto
	Excedentes FONPET	Decreto 728 de 2013
	Excedentes de Aportes Patronales	Artículo 3 de la Ley 1687 de 2013

A. Giro Directo Régimen Subsidiado.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado algunas medidas que han mejorado el flujo de recursos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En primer lugar, es importante mencionar que con la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 971 de 2011, se implementó el instrumento jurídico de giro directo de los recursos que financian y cofinancian la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.

A partir del artículo 6 del Decreto 971 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono: (57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



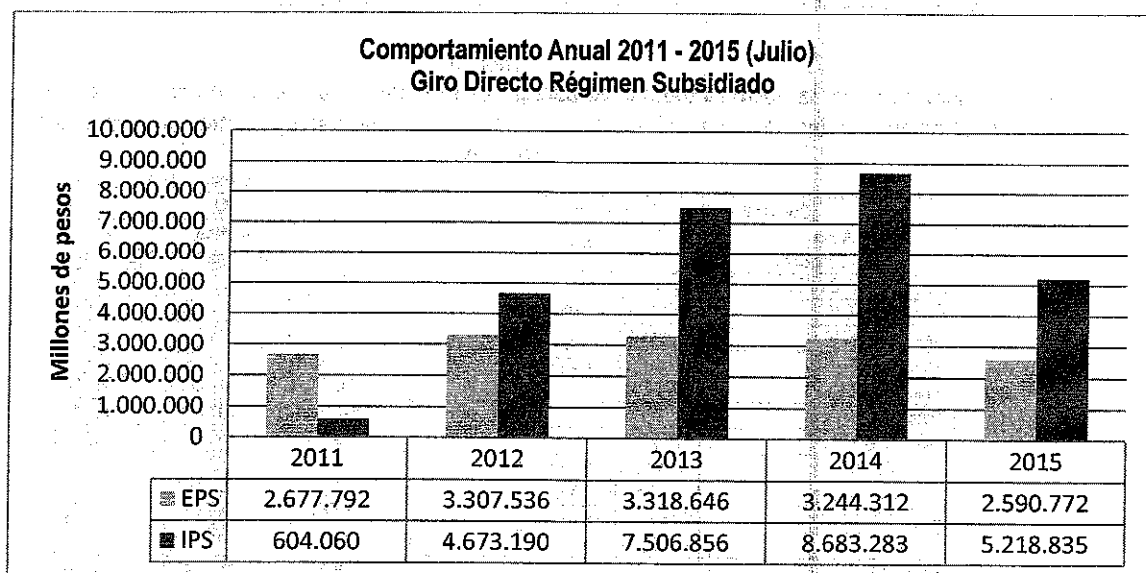
Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 29 de 85

2320 de 2011, modificada por la Resolución 4182 de 2011 que determinó el mecanismo de reporte por parte de las EPS de la información que permita el giro directo de los recursos que financian la Unidad de Pago por Capitación a las IPS, fijando los plazos y reglas para la materialización del mismo.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

De lo anterior, se encuentra que se han girado \$26,6 billones directamente a los prestadores de servicios de salud entre los años 2011 y 2015 (julio). Adicionalmente, se precisa que en el periodo de julio de 2015 se alcanzó el giro a las IPS directamente desde la Nación equivalente al 70%, sobre los recursos del Régimen Subsidiado.

B. Saneamiento de pasivos por la atención a la Población Pobre no Afiliada o por prestaciones no incluidas en el POS. Deudas de Entidades Territoriales con prestadores de servicios de salud y EPS.

Las Entidades Territoriales departamentales, tienen como competencia asumir la prestación de los servicios de salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Estos servicios se financian con recursos del Sistema General de Participaciones y con un porcentaje de las rentas cedidas departamentales, entre otros. La prestación de los servicios No POS ha generado deudas tanto con los prestadores de servicios de salud como con las EPS.

Con el fin de avanzar los procesos de saneamiento, se apoyó la expedición de la Ley 1608 de 2013 en cuyos



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 30 de 85

artículos 2, 3 y 4 se habilitaron recursos para el pago de estas deudas de las Cuentas Maestras del Régimen Subsidiado, excedentes de aportes patronales provenientes del proceso de liquidación de Cajanal EPS y recursos de excedentes de rentas cedidas respectivamente. Igualmente se han asignado recursos del Presupuesto General de la Nación como se presenta en el siguiente cuadro:

Tabla 3
Recursos asignados por la Nación y tramitados para giro, destinados al saneamiento de cartera de departamentos y distritos por prestación de servicios a población pobre no asegurada y eventos no incluidos en el POS subsidiado

(Cifras en Millones de \$)

Departamento/ Distrito deudor		TOTAL		
Acto Administrativo	Fuente	Asignado	Tramitado para giro	% Ejecución
Res. 530 y 2105 2010	PGN 2010	289.737	289.731	100,0%
Res. 5441 2010	Saldo Resolución 530 2010	25.263	24.905	98,6%
Res. 3797 2010	Decreto 127 2010	334.409	333.154	99,6%
Res. 5512 2010	Saldo R. 3797 2010	4.591	2.095	45,6%
Res. 5510 2010	FAEP 2010	50.000	47.483	95,0%
Total 2010		704.000	697.368	99,1%
Res. 2675 2011	PGN 2011	159.178	156.379	98,2%
Res. 002 2011	Cajas de compensación	57.376	57.376	100,0%
Res. 036 2011 *	PGN Rec. ESE Nivel 3	100.000	98.703	98,7%
Res. 296 2011 *	PGN Rec. ESE Nivel 2	72.066	62.372	86,5%
Res. 471 2011	PGN 2011	81.256	72.819	89,6%
Total 2011		469.876	447.649	95,3%
Res. 1059 2012	Cajas de compensación	139.418	139.381	100,0%
Res. 1606 2012	PGN 2012	91.542	91.537	100,0%
Res. 4345 2012	PGN 2012	49.000	47.032	96,0%
Res. 4499 2012	PGN 2012	79.458	78.757	99,1%
Total 2012		359.418	356.707	99,2%
Res. 3243 2013	Cajanal	70.548	50.611	71,7%
Total 2013		70.548	50.611	71,7%
Gran total		1.603.842	1.552.335	96,8%

Fuente: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – 30 de Junio de 2015

* Los recursos fueron asignados a Empresas Sociales del Estado del departamento o distrito, para el pago de deudas de varios departamentos o distritos.

En virtud de lo establecido en el artículo 3 de la Ley 1608 de 2013, se gestionó la recuperación de los recursos del patrimonio autónomo de Cajanal EPS que se encontraban congelados y sin uso desde el año 2008. Los recursos por valor de \$70.548 millones de pesos se distribuyeron en los departamentos y distritos mediante Resolución 3243 de 2013, para el pago de las deudas por atenciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Subsidiado y la atención de la población pobre no asegurada. Estos recursos son girados por la Nación directamente a los prestadores de servicios de salud. De estos recursos se han girado \$50.611 millones con corte a junio 30 de 2015.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 31 de 85

C. Uso de los Recursos de Excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado – Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013.

De conformidad con los usos establecidos en el artículo 2 y la obligación de reportar los planes de aplicación y ejecución de los recursos en el marco del artículo 12 de la Ley 1608 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 292 de 2013. En dicha Resolución se establecieron los términos y condiciones para el reporte del plan de aplicación y ejecución de los recursos excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado.

Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2472 de 2014, mediante la cual se solicitó a las Entidades Territoriales la actualización del Plan de Aplicación de los excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado para la vigencia 2014, así como la ejecución de los excedentes al 31 de diciembre de 2013. Igualmente, la Resolución en mención requirió el reporte de los excedentes de las cuentas maestras con corte a 31 de diciembre de 2013.

La información consistente relacionada con el uso de los excedentes de las cuentas maestras en el marco del artículo 2 de la Ley 1608 de 2013 corresponde a la reportada por las Entidades Territoriales. A continuación se presenta el consolidado de los Planes de Aplicación reportados en las vigencias 2013 y 2014 para de los excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado:

Plan de Aplicación Excedentes de Cuenta Maestra RS – Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013

(Cifras en Millones de \$)

USOS	PLAN DE APLICACIÓN 2014	%
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios de las vigencias 2011, 2012 y 2013 - Compromisos del Régimen Subsidiado por LMA de aseguramiento pendientes de giro.	\$ 62.602	4,35%
Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios.	\$ 232.169	16,13%
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de empresas sociales del Estado categorizadas en el riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011.	\$ 360.717	25,07%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.	\$ 783.490	54,45%
Recursos para financiar en los municipios y distritos categorías especial, 1 y 2, pruebas piloto que permiten hacer ajustes de la IPC del Régimen Subsidiado en Salud.	\$0	0,00%
TOTAL	\$ 1.438.978	100,00%

Fuente: Entidad Territoriales – Resoluciones 292 de 2013 y 2472 de 2014.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201520001378861**

Fecha: **18-08-2015**

Página 32 de 85

Respecto al Plan de Aplicación de los recursos, se destaca que la mayor proporción de los saldos se planea destinar para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud, que requiere para su ejecución seguir los procesos de contratación aplicables y demás normas que rigen la inversión en infraestructura del sector; y en segunda instancia los programas de saneamiento fiscal y financiero que deberán seguir el proceso de planeación regulado en la norma, por lo que resulta razonable el estado de ejecución de estos ítems cumplido dos años de expedición de la Ley 1608 de 2013.

A continuación, se presenta el resumen del Plan de Aplicación y Ejecución de los excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado, desagregando la destinación por componente de uso, en el marco del artículo 2 de la Ley 1608 de 2013:

Ejecución Excedentes de Cuenta Maestra RS – Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013

(Cifras en Millones de \$)

USOS	PLAN DE APLICACIÓN	EJECUCIÓN AL 31 DE DICIEMBRE DE 2014	PORCENTAJE EJECUCIÓN
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios de las vigencias 2011, 2012 y 2013 - Compromisos del Régimen Subsidiado por LMA de aseguramiento pendientes de giro.	\$ 62.602	\$ 40.714	65,04%
Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios.	\$ 232.169	\$ 213.017	91,75%
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de empresas sociales del Estado categorizadas en el riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011.	\$ 360.717	\$ 181.382	50,28%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.	\$ 783.490	\$ 104.768	13,37%
Recursos para financiar en los municipios y distritos categorías especial, 1 y 2, pruebas piloto que permiten hacer ajustes de la IPC del Régimen Subsidiado en Salud.	-	-	0,00%
TOTAL	\$ 1.438.978	\$ 539.881	37,52%

Fuente: Entidad Territoriales – Resoluciones 292 de 2013 y 2472 de 2014.

Se señala que al 31 de diciembre de 2014, se han ejecutado el 37.52% de los excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado, de los cuales el 7,54% se ejecutó en el marco del numeral 1 del artículo 2 de la Ley 1608 de 2013; el 39,46% para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 33 de 85

y los servicios no incluidos en el Plan de Beneficio; el 33,60% en la financiación de los programas de saneamientos fiscal y financieros de las ESE; y el 19,41% en la financiación de la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones de prestadoras de servicios de salud.

Por otro lado, es de gran preocupación para este Ministerio, toda vez que si bien estos excedentes son de titularidad de las Entidades Territoriales, deben tener en cuenta que el objeto de la Ley es el saneamiento del sector en concordancia con lo establecido en el párrafo único del artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual indica que primero se deben atender las deudas que existan según el numeral 1 y 2 del artículo 2 de la citada Ley, es decir las deudas por atención a la población pobre o contingencias del Régimen Subsidiado.

En el mismo sentido, este Ministerio precisa que la ejecución de estos recursos debe ceñirse a lo previsto en las normas y de acuerdo con los procedimientos presupuestales que rigen a la misma. En efecto la aplicación del artículo 2º de la Ley 1608 de 2013 es potestad de la Entidad Territorial y si decide aplicarlo debe ser de manera integral con todas las reglas y condiciones señaladas en la Ley, además de las instrucciones hechas por parte de este Ministerio.

D. Saneamiento de Aportes Patronales

Con el propósito de adelantar el saneamiento de aportes patronales girados con el situado fiscal antes del 2001 y los recursos del Sistema General de Participaciones – SGP la Ley 1438 de 2011 estableció en el artículo 85 que las Administradoras, que hubieren recibido o que tengan en su poder recursos por concepto de aportes patronales del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones para Salud, las Direcciones Territoriales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS Públicas y demás entidades a las que se les hayan asignado recursos para el pago de aportes patronales, contarán con doce (12) meses, para realizar el proceso de saneamiento por concepto de aportes patronales con el procedimiento que determine el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

El Ministerio ha realizado el seguimiento al proceso de saneamiento de los aportes patronales de los que se refiere el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011 y tramitado las siguientes normas con el propósito de direccionar y ajustar los procedimientos para darle cumplimiento a la mencionada norma.

Con la Resolución 154 de 2013 se determinó el procedimiento para realizar el saneamiento por concepto de aportes patronales financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones en Salud de las vigencias 1994 a 2011, por concepto de cesantías, pensiones, salud y riesgos laborales, el cual se aplica a las entidades empleadoras que hayan sido o sean objeto de asignación de recursos de dichas fuentes, disposición modificada por la Resolución número 5281 del mismo año, en cuanto a permitir el traslado de recursos adeudados entre las administradoras.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 34 de 85

La Ley 1687 2013, que decreta el Presupuesto General de la Nación para la vigencia 2014 determinó en el artículo 106 el uso de los recursos de los aportes patronales no saneados en el término legal definido en el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, así como la obligación para las Administradoras de girar los recursos no saneados con sus respectivos rendimientos al mecanismo de recaudo y giro del FOSYGA previsto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, para la aclaración y saneamiento en los términos que indique el Ministerio de Salud y Protección Social.

Con la Resolución 2464 de 2014 se establece el procedimiento para el giro de los recursos de aportes patronales financiados con recursos del Situado Fiscal en Salud y del Sistema General de Participaciones girados hasta la vigencia 2011, no saneados en los términos del artículo 85 de la Ley 1438 de 2011.

Mediante las Resoluciones 3568 y 4906 de 2014, se estableció el procedimiento para cruzar la información de los recursos no saneados, las cuales en el marco de las citadas leyes pretende aclarar un valor aproximado de \$300.000 millones de aportes patronales de las vigencias 1994 a 2011, para todas las ESE beneficiadas que a la fecha tienen aportes no saneados con las diferentes administradoras de pensiones, cesantías y riesgos laborales así como los recursos no saneados con las EPS para el caso de los aportes a salud. El artículo 13 de la Resolución 3568 de 2014 aclara que una vez concluido el proceso, de persistir deudas, serán las empleadoras las responsables de realizar los pagos y deberán asumirlos con recursos propios.

La Ley 1737 2014, decreta el Presupuesto General de la Nación para la vigencia 2015, determinó en el artículo 100 el uso de los recursos de los aportes patronales no saneados en el término legal definido en el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, así como la obligación para las Administradoras de girar los recursos no saneados con sus respectivos rendimientos al mecanismo de recaudo y giro del FOSYGA previsto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, para la aclaración y saneamiento en los términos que indique el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Resolución 2231 de 2015 modifica parcialmente la Resolución 3568 de 2014, en el artículo 6 define la publicación en la página web del Ministerio, de la información que las empleadoras y administradoras reportaron inicialmente a través de la plataforma PISIS del portal SISPRO y el artículo 7, establece que una vez realizada la publicación de que trata el artículo anterior la cual se realizó el 03 de julio de 2015, todas las empleadoras y administradoras contarán con un plazo de cuarenta y cinco (45) días hábiles para reportar la información definitiva a través del sistema de información dispuesto por el Ministerio para tal fin aclarando que de no reportar dicha información se tomará como definitiva la inicialmente cargada.

Una vez aclarados los aportes no saneados y aplicado a cada trabajador en cada administradora los recursos correspondientes, los excedentes de este proceso en el marco de las Leyes 1687 de 2013 y 1737 de 2014 se



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201520001378861**

Fecha: **18-08-2015**

Página 35 de 85

podrán destinar al saneamiento fiscal y financiero de la Red pública prestadora de servicios de salud, privilegiando el pago de los pasivos laborales y/o al pago de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda que adeude la Entidad Territorial a la EPS o a los prestadores de servicios de salud.

A la fecha ya se cuenta con el primer resultado de cruce de saneamiento de aportes patronales, a partir de las presuntas deudas reportadas por las administradoras y las novedades por cada uno de los trabajadores reportadas por cada Empresa Social del Estado o Entidad Territorial beneficiaria de los recursos de situado fiscal y aportes patronales, así:

a. Datos reportados por las Empleadoras

De acuerdo con lo reportado por las empleadoras en el Anexo Técnico No 1 de la Resolución No. 4906 de 2014, se registró la siguiente información:

- Reportaron 477 empleadoras, cuyo detalle se puede consultar en la publicación de la página web del Ministerio en el Anexo No. 1.
- De las anteriores, 48 corresponden a Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal y 429 a Empresas Sociales del Estado, a las cuales se les asignaron recursos de situado fiscal o aportes patronales. En forma consolidada, estas entidades reportaron novedades de empleados por un monto total de \$181.584 millones de pesos con las diferentes administradoras, así:

Valores de novedades reportadas por Empleadoras

(Cifras en Millones de \$)

Tipo de Entidad	Número de registros	Valor aporte patronal	Intereses de mora	Total aporte patronal
ESE	1.102.501	159.690,65	20.302,64	179.993,29
Entidades Territoriales	27.417	1.321,69	270,02	1.591,71
Total General	1.129.918	\$161.012,34	\$20.572,66	\$181.585,00

Fuente: Anexo 1 Resolución 4906 de 2014.

b. Datos reportados por las Administradoras

De acuerdo con lo reportado por las administradoras en el Anexo Técnico No 2 de la Resolución No. 4906 de 2014, se registró la siguiente información:

- Se registra el reporte de 23 Administradoras con información de 1.185 empleadoras, cuyo detalle se puede consultar en la publicación de la página web del Ministerio en el Anexo No. 3:



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 36 de 85

- Las administradoras reportaron información de 708 empleadoras adicionales, que no fueron reportadas dentro de las 477 reportadas por ESE y Entidades Territoriales.
- En forma consolidada, estas entidades reportaron novedades de afiliados por un monto total de \$188.488 millones de pesos con las diferentes empleadoras.

Tabla 4
Valores de novedades reportadas por Administradoras

(Cifras en Millones de \$)

Tipo	NIT Administradora	Administradora	Registros	Valor Aporte Patronal	Intereses de Mora	Total Aporte Patronal
EPS	800088702	EPS SURA	46.008	6.858	-	6.858
EPS	800112806	FERROCARRILES NACIONALES	2	0	-	0
EPS	800130907	SALUD TOTAL - EPS	378	40	2	43
EPS	800140949	CAFESALUD EPS	28.222	2.545	-	2.545
AFP	800149496	AFP COLFONDOS	83.197	6.275	14.252	20.527
AFP	800224808	AFP- AFC-PORVENIR	275.306	15.839	41.298	57.137
ARL	800226175	ARL COLMENA S.A	83.982	2.063	2.831	4.893
AFP	800229739	AFP PROTECCIÓN	137.461	9.990	22.706	32.697
AFP	800231967	AFP PORVENIR	29.454	1.561	4.166	5.727
EPS	800250119	SALUDCOOP EPS	441.308	43.039	-	43.039
ARL	800256161	ARL SURAMERICANA	170.369	7.128	550	7.678
EPS	805000427	COOMEVA EPS S.A	15.340	1.492	-	1.492
EPS	805001157	EPS SOS	1.632	198	0	198
EPS	830003564	EPS FAMISANAR LTDA.	4.469	240	2	242
EPS	830009783	CRUZ BLANCA EPS	7.257	906	-	906
EPS	830096513	HUMANA EPS S.A	16.814	786	-	786
ARL	860002183	AXA COLPATRIA ARL	21.446	654	197	851
ARL	860011153	POSITIVA ARL	12.368	329	0	329
EPS	860066942	COMPENSAR	78	15	12	26
EPS	890303093	COMFENALCO VALLE EPS	338	49	40	90
EPS	890900842	EPS - COMFENALCO ANTIOQUIA	7.869	1.035	-	1.035
EPS	899999026	CAPRECOM	2.639	135	392	527
FOSYGA	900462447	CONSORCIO SAYP 2011	3.484	864	-	864
Total			1.389.421	\$102.040	\$86.448	\$188.489

Fuente: Anexo 2 Resolución No. 4906 de 2014

Con los resultados anteriores que ya son de conocimiento de los actores del SGSSS, tanto las empleadoras como las administradoras deben continuar con el proceso ya establecido por parte del Ministerio en las normas citadas anteriormente.

- E. Pago de deudas del Régimen Subsidiado sobre contratos suscritos hasta marzo de 2011 - Decreto 1080 de 2012. Deudas Entidades Territoriales con EPS.**



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 37 de 85

El artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, Ley del Plan de Desarrollo 2010 - 2014, estableció para el caso de las Entidades Territoriales que tienen deudas sobre contratos del Régimen Subsidiado, suscritos hasta marzo 31 de 2011, la posibilidad de que el Gobierno Nacional descontara de los recursos asignados a la entidad territorial por el Sistema General de Participaciones de Propósito General de Libre de Inversión, de regalías, del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional, los valores requeridos para el pago de dichas deudas, en aras de salvaguardar la sostenibilidad del sistema y garantía de acceso a los afiliados.

Con la expedición del Decreto 1080 de 2012, se reglamentó la Ley del Plan de Desarrollo 2011 - 2014, estableciendo que las Entidades Territoriales debían determinar las deudas con las EPS con quienes suscribieron los contratos de Régimen Subsidiado y pagar la deuda con los recursos de la cuenta maestra del Régimen Subsidiado. Así mismo, estableció que debían informar al MSPS las deudas reconocidas y no pagadas.

Con la Resolución 1302 de 2012, se estableció para las Entidades Territoriales y las EPS el reporte de la información sobre este proceso cuyo resultado fue el siguiente:

Resultado – Decreto 1080 de 2012

(Cifras en millones de \$)

Información reportado por la EPS			Valor deudas reconocidas no pagadas		Valor de la deuda reconocida no pagada (menor valor)*
Deuda Reconocida ET	Valor Deudas Pagadas Cuenta Maestra	Valor No Reconocido por la ET	Reportado por Entidad Territorial	Reportado por EPS	
530.609	105.775	218.714	359.898	424.829	320.847

Fuente: Entidades Territoriales y EPSS. Resolución 1302 de 2012

*Se descontaron \$866 millones reportados por el municipio de San Andrés de Sotavento (Córdoba), toda vez que la información reportada no correspondía a deudas reconocidas en el marco del decreto 1080 de 2012.

A través del artículo 5 de la Ley 1608 de 2013, se autorizó al MSPS para disponer por una sola vez de recursos del FOSYGA hasta por un monto de \$150.000 millones de pesos para que las Entidades Territoriales pudieran atender las deudas reconocidas no pagadas del Régimen Subsidiado en virtud de lo establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos. Mediante la Resolución 292 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social determinó el procedimiento para que las Entidades Territoriales de categorías 4, 5 y 6 con deudas reconocidas no pagadas, tramitaran la solicitud de estos recursos.

En este contexto, al 30 de junio de 2015, se han pagado el 75.52% de la deuda reconocida no pagada en el marco del Decreto 1080 de 2012, el estado es el siguiente:



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201520001378861**

Fecha: **18-08-2015**

Página 38 de 85

Estado Actual Deudas Reconocidas No Pagadas – Decreto 1080 de 2012

(Cifras en millones de \$)

Valor de La deuda reconocida No pagada (menor Valor)	Pagos Cuenta Maestra	Deuda Reconocida Menos Pagos cm	Asignación recursos Fosyga (artículo 5 Ley 1608 De 2013)	Asignación FAEP	Descuentos SGP 2014	Descuentos SGP 2015	Deudas Informadas Pagadas con Recursos De regalías	Recursos Lotto en Línea 2014 y 2015	Deuda 30 de junio de 2015
320.847	30.448	290.399	116.172	41.355	28.657	12.766	70	12.838	78.541

Fuente: Entidades Territoriales y EPS. Resolución 1302 de 2012

*Se descontaron \$866 millones reportados por el municipio de San Andrés de Sotavento (Córdoba), toda vez que la información reportada no correspondía a deudas reconocidas en el marco del decreto 1080 de 2012.

La Ley establece que los recursos del FOSYGA asignados para el pago de la deuda sobre contratos del Régimen Subsidiado, deben ser restituidos al FOSYGA en un plazo máximo de 10 años. El proceso ha avanzado y a la fecha de estos recursos se han asignado para el saneamiento \$116.172 millones y el Ministerio está a la espera de asignar, una vez los municipios cumplan el trámite respectivo, el recurso restante para llegar a los \$150.000 millones.

Así mismo, para el saneamiento de las deudas del Régimen Subsidiado, se había dispuesto en la Ley del Plan, la utilización de los ahorros del FAEP. El desahorro de estos recursos estaba previsto para realizarse en un horizonte de 8 años. Dado que el proceso del Decreto 1080 de 2012 permitió la identificación de deudas en el 2012, el artículo 6 de la Ley 1608 de 2013 posibilitó anticipar el desahorro a un año. Con este propósito se expidió el Decreto 1849 de 2013, con el cual se estableció el procedimiento de giro de los recursos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera -FAEP-. En este contexto, el Ministerio gestionó el desahorro ante la Agencia Nacional de Hidrocarburos y los recursos vienen girándose a los prestadores de servicios de salud.

Es importante mencionar que se encontraba pendiente la reglamentación para el uso en de los recursos excedentes del Lotto en Línea. En el marco del artículo 43 de la Ley 643 de 2001, se expidió el Decreto 728 de 2013 mediante el cual se dispone la utilización del saldo de los recursos derivados del recaudo de esta fuente, existentes en el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales -FONPET-, no requeridos para el pago de pasivos pensionales de los municipios, para el pago de las deudas del Régimen Subsidiado de Salud y en caso de no tenerlas, para la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud.

Con las normas y estrategias anteriores el Gobierno Nacional ha adoptado de manera consistente y sistemática, los procedimientos y mecanismos para avanzar en el proceso de saneamiento, independientemente de las responsabilidades fiscales, disciplinarias, que deben asumir los funcionarios que omitieron su obligación de pago y que deberá establecer el órgano de control respectivo.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201520001378861**

Fecha: **18-08-2015**

Página 39 de 85

Del total de los recursos girados a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el marco del Decreto 1080 de 2012, el 89,25% corresponde a las IPS Públicas, 2,51% IPS Mixtas y el 8,24% a las IPS Privadas.

F. Compra de Cartera

El artículo 9 de la Ley 1608 de 2013 autorizó la compra directa de cartera de prestadores de servicios de salud a través de la Subcuenta de Garantías del FOSYGA, que fue creada mediante Decreto Ley 4107 de 2011. En desarrollo de esta norma, se expidieron las Resoluciones 3239 de 2013, 889, 3029 y 5376 de 2014, mediante las cuales se reglamentó el procedimiento, los criterios, las condiciones y plazos para la compra directa de cartera a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías del FOSYGA. Así mismo, se establecieron las condiciones de devolución de los recursos a la Subcuenta, por parte de las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado y las Cajas de Compensación Familiar que administren este último régimen.

Durante la vigencia 2013 se aprobaron 193 operaciones de compra de cartera por un monto de \$292.565 millones de pesos. Durante la vigencia 2014 se aprobaron 707 operaciones de compra directa de cartera por valor de \$744.540 millones de pesos. Así mismo, al 29 de julio de 2015 se han aprobado 293 operaciones por valor de \$221.743 millones de pesos. El total de operaciones entre el 2013 y 2015 (Julio) asciende a \$1 billón 258 mil 848 millones, de los cuales se han visto beneficiadas 356 IPS y que deberán pagar 25 EPS.

A continuación se presenta un resumen de las operaciones aprobadas, teniendo en cuenta el Régimen de la EPS y la naturaleza del prestador:

Operaciones de Compra de Cartera por Régimen 2013 –2015 (Julio)

(Cifras en Millones de \$)

OPERACIONES COMPRA DE CARTERA			
Régimen	Cantidad de Operaciones	Valor de Compra de Cartera	% Participación
Contributivo	803	\$668.297	53,1%
Subsidiado	390	\$590.551	46,9%
TOTAL	1.193	\$1.258.848	100,0%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Financiamiento Sectorial.

Operaciones de Compra de Cartera por Tipo de Entidad 2013 –2015 (Julio)

(Cifras en Millones de \$)

Tipo de Entidad	Cantidad de Operaciones	Valor de Compra de Cartera	% Participación
Mixta	31	\$90.439	7,2%
Privada	532	\$659.211	52,4%
Pública	630	\$509.198	40,4%



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201520001378861**

Fecha: **18-08-2015**

Página 40 de 85

TOTAL	1.193	\$1.258.848	100,0%
--------------	--------------	--------------------	---------------

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Financiamiento Sectorial.

Finalmente, se precisa que la estrategia de compra de cartera no solo ha permitido generar liquidez a los prestadores de servicios de salud, sino que también se ha logrado avanzar en el saneamiento de deudas del sector.

G. Aclaración de cuentas entre las Entidades Territoriales, las EPS y las IPS.

El Decreto 4747 de 2007, reguló los aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, determinando el mecanismo para el pago aplicable a la compra de servicios de salud.

No obstante lo anterior, uno de los principales problemas del sector salud es el manejo de la información financiera tanto de los responsables del pago como de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta situación altera el diagnóstico financiero de las entidades y por lo tanto se hace necesario adelantar acciones que aporten en el proceso de aclaración de cuentas entre los actores del Sistema.

La Procuraduría General de la Nación, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, realizaron entre el 27 y 29 de mayo del 2013 el piloto de aclaración de cuentas, para lo cual se expidieron las Notas Externas 211486 y 211487 de 2013, donde se establecía el procedimiento para que las Entidades Territoriales, EPS e IPS efectuaran el reporte de la información de cartera. Los resultados de las jornadas de aclaración de cuentas fueron publicados en la página Web de Ministerio en link de "Financiamiento y Pago de deudas" en "Procedimiento pago de deudas del régimen subsidiado".

Una vez analizados los resultados de las jornadas, se determinó la necesidad de establecer un proceso sistemático para que las entidades del sector realizaran el reporte de información tendiente a la aclaración de cuentas. Con este propósito, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, expidieron la Circular Conjunta 030 del 2 de septiembre de 2013, mediante la cual se establece el "Procedimiento de aclaración de cartera, depuración obligatoria de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios y recobros" y define las responsabilidades de los actores respecto al reporte de información.

De acuerdo a la información reportada por las entidades responsables de pago (Empresas Promotoras de Salud del RC y RS y Entidades Territoriales) e IPS, con fecha de corte al 31 de marzo de 2015, las coincidencias generadas en los reportes de las entidades responsables del pago - ERP e IPS son las siguientes:



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 41 de 85

(Cifras en Millones de \$)

RESULTADOS CRUCES	REPORTE ERP	REPORTE IPS o EPSS	MEJOR VALOR
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs IPS	125.111	156.528	106.916
EPS - RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Vs IPS	2.375.684	4.043.851	2.030.478
ENTIDADES DEPARTAMENTALES O DISTRITALES Vs EPS	177.413	192.830	172.820
EPS - RÉGIMEN SUBSIDIADO Vs IPS	1.252.132	1.862.985	953.021
TOTAL	3.930.340	6.256.194	3.263.235

Fuente: Reporte ERP – IPS corte 31 de Marzo de 2015.

Nota: Esta información está sujeta a la depuración realizada por parte de las ERP e IPS en el marco de sus responsabilidades en la Circular Conjunta No. 030 de 2013.

Igualmente, el reporte efectuado por las entidades permite establecer la siguiente edad de la cartera (tomando el menor valor de las coincidencias):

(Cifras en Millones de \$)

RESULTADO CRUCE COINCIDENCIAS	1 - 30	31 - 60	61 - 90	91 - 120	121 - 150	151 - 180	181 - 360	> 360	Total
Entidades Territoriales Vs IPS	755	7.191	7.120	4.599	5.344	7.107	25.185	49.615	106.916
Entidades Territoriales Vs EPS	1.967	2.380	9.239	17.063	14.150	17.355	77.106	33.561	172.820
EPS Régimen Subsidiado VS IPS	26.585	72.043	96.406	77.196	80.698	74.228	255.521	270.344	953.021
EPS Régimen Contributivo VS IPS	182.654	305.408	243.367	190.683	138.531	26.511	531.117	312.207	2.030.478
TOTAL	211.961	387.022	356.132	289.541	238.723	225.201	888.929	665.727	3.263.235

Fuente: Circular Conjunta 030 de 2013 - Corte 31 de Marzo de 2015.

Nota: Esta información está sujeta a la depuración realizada por parte de las ERP e IPS en el marco de sus responsabilidades en la Circular Conjunta No. 030 de 2013.

Esta iniciativa permite que las entidades responsables de pago – ERP y los prestadores de servicios de salud - IPS, cuenten con la información de cruce de cartera, de tal forma que se avance en el proceso de pago y aclaración de cuentas glosadas.

A continuación se detallan las coincidencias generadas sobre la información reportada por las Entidades Territoriales e IPS (PPNA y No POS), con fecha de corte al 31 de marzo de 2015, así:

(Cifras en Millones de \$)

Departamento	No POS			PPNA		
	ERP Saldo Factura	EPSS Saldo Factura	Menor Valor	ERP Saldo Factura	IPS Saldo Factura	Menor Valor
Amazonas	-	-	-	27	25	25
Antioquia	134.700	142.559	134.698	31.454	49.825	31.325
Arauca	2.596	2.546	2.545	1.972	2.137	1.952
Atlántico	476	799	476	1.022	496	418
Barranquilla	3.283	3.117	3.107	564	765	550
Bogotá	376	289	283	21.431	17.157	14.653
Bolívar	1.622	1.701	1.418	4.480	5.818	3.958



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 42 de 85

Departamento	No POS			PPNA		
	ERP Saldo Factura	EPSS Saldo Factura	Menor Valor	ERP Saldo Factura	IPS Saldo Factura	Menor Valor
Boyacá	-	-	-	1.407	3.294	1.175
Caldas	1	4	1	936	843	840
Caquetá	1.259	4.371	1.259	490	590	486
Cartagena	11.862	8.988	8.977	1.061	1.027	968
Casanare	327	373	236	1.645	2.618	1.603
Cauca	7.132	7.190	7.132	7.959	8.303	7.118
Cesar	1.209	1.802	1.209	1.035	1.045	943
Choco	41	41	41	1.340	1.464	1.337
Cordoba	54	61	53	219	188	182
Cundinamarca	10	147	8	1.531	1.611	1.344
Guainía	-	-	-	452	313	308
Guaviare	1	18	1	927	1.739	901
Huila	100	511	70	1.948	1.786	1.757
La Guajira	-	-	-	2.322	3.249	1.967
Magdalena	59	6	6	1.197	2.456	1.176
Meta	21	8	8	5.223	5.081	5.079
Nariño	95	1	1	2.836	6.577	2.276
Norte de Santander	2.642	5.857	2.642	594	2.442	307
Putumayo	-	-	-	979	1.387	966
Quindío	333	362	333	830	997	830
Risaralda	6.124	8.940	6.122	499	585	466
San Andres	-	-	-	70	65	62
Santa Marta	1.240	1.140	1.140	11.033	10.422	10.305
Santander	245	245	245	1.093	1.484	1.036
Sucre	150	691	150	-	-	-
Tolima	1.326	598	530	2.536	2.364	2.236
Valle	-	102	-	13.011	17.213	7.418
Vaupés	-	-	-	233	406	192
Vichada	130	362	130	752	756	752
Total General	177.413	192.830	172.820	125.111	156.528	106.916

Fuente: Circular Conjunta 030 de 2013 - Corte 31 de Marzo de 2015.

Nota: Esta información está sujeta a la depuración realizada por parte de las ERP e IPS en el marco de sus responsabilidades en la Circular Conjunta No. 030 de 2013.

De igual manera, el reporte efectuado por las entidades permite establecer por edad de cartera No POS (tomando el menor valor de las coincidencias), así:



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 43 de 85

(Cifras en Millones de \$)

Departamento	1-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181-360	>360	Total General
Antioquia	1.124	1.717	8.905	13.513	11.934	14.122	65.063	18.319	134.698
Arauca	12	4	2	1.913	104	52	78	381	2.545
Atlántico	-	-	-	-	-	-	225	251	476
Barranquilla	-	-	-	-	-	-	1.124	1.981	3.107
Bogotá	-	-	-	-	-	-	42	241	283
Bolívar	-	-	-	4	61	38	645	670	1.418
Caldas	-	-	-	-	-	-	0	1	1
Caquetá	120	110	114	59	124	36	352	343	1.259
Cartagena	-	-	-	-	-	177	991	7.809	8.977
Casanare	-	-	-	-	9	84	115	27	236
Cauca	-	-	-	1.135	1.237	1.557	3.116	88	7.132
Cesar	-	-	-	18	50	363	493	285	1.209
Choco	-	-	-	-	-	-	41	-	41
Córdoba	-	-	-	-	-	-	40	13	53
Cundinamarca	-	-	2	0	1	0	4	1	8
Guaviare	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Huila	-	-	-	-	-	-	-	70	70
Magdalena	-	-	-	-	-	-	-	6	6
Meta	-	-	-	-	-	-	-	8	8
Nariño	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Norte de Santander	706	243	-	76	280	140	564	633	2.642
Quindío	-	-	-	-	-	-	333	-	333
Risaralda	5	306	201	334	337	381	3.034	1.524	6.122
Santa Marta	-	-	15	-	-	113	469	543	1.140
Santander	-	-	-	-	-	187	-	58	245
Sucre	-	-	-	-	-	-	-	150	150
Tolima	-	-	-	11	14	105	375	25	530
Valle	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vichada	-	-	-	-	-	-	-	130	130
Total General	1.967	2.380	9.239	17.063	14.150	17.355	77.106	33.561	172.820

Fuente: Circular Conjunta 030 de 2013 - Corte 31 de Marzo de 2015.

Nota: Esta información está sujeta a la depuración realizada por parte de las ERP e IPS en el marco de sus responsabilidades en la Circular Conjunta No. 030 de 2013.

El reporte efectuado por las entidades permite establecer por edad de cartera PPNA (tomando el menor valor de las coincidencias), así:

(Cifras en Millones de \$)

Departamento	1-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181-360	>360	Total General
Amazonas	4	17	-	-	-	3	-	1	25
Antioquia	2	3.620	3.616	1.269	2.712	2.205	7.975	9.927	31.325
Arauca	111	427	321	275	63	76	478	200	1.952
Atlántico	-	-	-	-	-	-	261	158	418



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 44 de 85

Departamento	1-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181-360	>360	Total General
Barranquilla	-	-	-	2	1	94	77	375	550
Bogotá	281	410	292	153	280	749	3.534	8.953	14.653
Bolívar	-	9	77	315	146	16	434	2.960	3.958
Boyacá	47	8	117	133	121	224	230	296	1.175
Caldas	16	147	147	60	125	24	142	178	840
Caquetá	-	59	9	27	27	21	180	163	486
Cartagena	-	-	-	42	0	3	81	843	968
Casanare	32	107	78	189	100	81	453	561	1.603
Cauca	21	704	400	222	258	261	679	4.571	7.118
Cesar	-	-	-	-	28	19	289	608	943
Choco	21	62	51	104	20	41	756	281	1.337
Córdoba	-	-	-	-	-	-	18	164	182
Cundinamarca	0	157	160	379	137	35	262	215	1.344
Guainía	-	-	24	10	9	4	68	193	308
Guaviare	-	28	2	15	96	43	116	600	901
Huila	-	574	552	461	6	1	4	160	1.757
La Guajira	-	-	-	-	-	-	533	1.434	1.967
Magdalena	-	28	-	-	41	3	482	622	1.176
Meta	-	-	-	-	615	678	2.648	1.138	5.079
Nariño	-	418	375	360	252	311	329	232	2.276
Norte De Santander	-	16	22	2	66	4	22	176	307
Putumayo	30	40	145	76	53	70	215	338	966
Quindío	-	5	327	395	12	6	37	49	830
Risaralda	-	96	129	7	18	1	67	148	466
San Andres	-	-	-	-	-	-	-	62	62
Santa Marta	-	-	34	60	22	179	1.656	8.355	10.305
Santander	-	-	4	14	43	108	206	662	1.036
Tolima	187	185	232	14	89	91	512	928	2.236
Valle	-	-	-	-	-	1.759	2.118	3.541	7.418
Vaupés	-	-	-	-	1	0	41	150	192
Vichada	4	72	7	13	3	-	282	373	752
Total General	755	7.191	7.120	4.599	5.344	7.107	25.185	49.615	106.916

Fuente: Circular Conjunta 030 de 2013 - Corte 31 de Marzo de 2015.

Nota: Esta información está sujeta a la depuración realizada por parte de las ERP e IPS en el marco de sus responsabilidades en la Circular Conjunta No. 030 de 2013.

H. Giro directo de la IPC reconocida a las EPS de Régimen Contributivo en medida de vigilancia especial

Es importante precisar que la intervención y liquidación son figuras autorizadas por la ley que ponen a las entidades en un proceso particular que se rige por normas especiales. Para el caso de las EPS, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, sus decretos reglamentarios y el Decreto 2555 de 2010, son las normas que debe aplicar la Superintendencia Nacional de Salud y el agente interventor y/o liquidador; donde se señalan las reglas a las cuales deben sujetarse los acreedores, así como las acciones y trámites que pueden adelantar sus representantes legales, frente a los actos administrativos expedidos por los agentes interventor o liquidador para recuperar la cartera respectiva.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono: (57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 45 de 85

Sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado algunas medidas que han mejorado el flujo de recursos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En primer lugar, es importante mencionar que con la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 971 de 2011, se implementó el instrumento jurídico de giro directo de los recursos que financian y cofinancian la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.

A partir del artículo 6 del Decreto 971 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2320 de 2011, modificada por la Resolución 4182 de 2011 que determinó el mecanismo de reporte por parte de las EPS de la información que permita el giro directo de los recursos que financian la Unidad de Pago por Capitación a las IPS, fijando los plazos y reglas para la materialización del mismo.

Por otra parte, el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, estipula que las EPS que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán efectuar el giro directo de al menos el 80% de la Unidad de Pago por Capitación reconocida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a través del FOSYGA.

Como consecuencia a esta disposición, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 2464 de 2013, donde se define el procedimiento para el giro directo de estas EPS en medidas de intervención. Posteriormente, las Resoluciones 654 y 1569 de 2014, establecen los términos y condiciones para el registro de cuentas bancarias de las IPS potencialmente beneficiarias.

En este contexto, el giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas para el giro directo en el Régimen Contributivo comenzó a partir del mes de junio de 2014 con las EPS Cafesalud, Cruz Blanca y Saludcoop. El valor total girado con fecha de corte a 21 de julio de 2015, es de \$2.576.535 millones de pesos. Con esta medida se han beneficiado 3.367 IPS a nivel nacional. A continuación se presenta un resumen del valor total girado por EPS:

Giros Vigencia 2015

(Cifras en Millones de \$)

80% IPC NETA VIGENCIA 2015 - PROCESO DE COMPENSACIÓN	
CAFESALUD	236.947
CRUZ BLANCA	124.704
SALUDCOOP	1.015.644
TOTAL	1.377.295

Fuente: MSPS -DAFPS



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 46 de 85

Giros Vigencia 2014

(Cifras en Millones de \$)

80% IPC NETA VIGENCIA 2014 - PROCESO DE COMPENSACIÓN	
CAFESALUD	158.508
CRUZ BLANCA	121.938
SALUDCOOP	918.794
TOTAL	1.199.240

Fuente: MSPS –DAFPS.

1.8 ¿Cuáles han sido las principales causas para ingresar a los hospitales públicos a programas de saneamiento fiscal y financiero?

Respuesta: Como se mencionó en la respuesta dada a la pregunta 1.5, La Ley 1438 de 2011 determinó la obligatoriedad para el Ministerio de Salud y Protección Social de categorizar anualmente el riesgo de las Empresas Sociales del Estado y a las ESE categorizadas en riesgo medio o alto de adoptar un Programa de saneamiento fiscal y financiero.

Esta Ley en su artículo 80, también determinó que el Ministerio para la categorización del riesgo de las ESE debía tomar en consideración sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros.

En desarrollo de lo previsto en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 2509 de 2012 definió la metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial.

Mediante la Resolución 2509 de 2012 se efectuó, de igual manera, la categorización de riesgo de las ESE correspondiente a la vigencia 2012, a partir de la información de la vigencia 2011; a través de las Resoluciones 1877 y 3467 de 2013 se efectuó la categorización correspondiente a la vigencia 2013, con base en la información de 2012; y mediante la Resolución 2090 de 2014 se realizó la categorización de las ESE del nivel territorial para esta vigencia.

Una vez comunicada la categorización del riesgo las Empresas Sociales del Estado, aquellas en riesgo medio o alto, tienen sesenta (60) días para adoptar el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, tal como lo establece el artículo 81 de la Ley 1438 de 2011.

1.9 ¿Cuántos hospitales y de qué nivel de complejidad han sido clasificados en riesgo e incorporados al programa de saneamiento fiscal y financiero (Datos por año)



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 47 de 85

Respuesta: Como se señaló en la pregunta anterior, la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia de 2013 se realizó mediante la Resolución 1877 de 2013 modificada por la Resolución 3467 de 2013, en tanto la categorización para la vigencia 2014 se realizó a través de la Resolución 2090 de 2014 y para la actual vigencia se efectuó a través de la Resolución 1893 de 2015.

Cabe señalar, que la Resolución 2090 de 2014 determinó en el artículo 4 que aquellas ESE que fueron categorizadas en riesgo medio o alto por la Resolución 1877 de 2013 modificada por la Resolución 3467 de 2013, continuarán con igual categorización y están relacionadas en el Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 2090 de 2014. De igual forma, las ESE que no tenían información consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales al Ministerio de Salud y Protección Social al 30 de abril de 2014, fueron categorizadas en riesgo alto y se relacionan en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 2090 de 2014, según lo determinado en el Artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, el cual en su tercer aparte menciona: "...Cuando no se reciba la información utilizada para la categorización del riesgo de una Empresa Social del Estado o se detecte alguna imprecisión en esta y no sea corregida o entregada oportunamente, dicha empresa quedará categorizada en riesgo alto y deberá adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero...". Las ESE que no estaban incluidas en las condicionantes anteriores, fueron objeto de aplicación de la metodología de determinación del riesgo y se encuentran categorizadas en riesgo bajo, medio o alto o sin riesgo y se relacionan en el Anexo Técnico No. 3 de la Resolución 2090 de 2014.

Para la vigencia de 2015, la categorización de riesgo de las ESE del nivel territorial mediante la Resolución 1893 de 2015, muestra una importante disminución de las ESE en riesgo medio o alto, al bajar 321 de estas de nivel de riesgo o salir de él. De las 953 ESE que operan en el país, 539 (56.5%) fueron categorizadas sin riesgo, 169 (17.7%) en riesgo bajo y 245 (25.7%) en riesgo medio y alto.

Lo anterior, como consecuencia entre otras medidas, del mejoramiento en el flujo de recursos, saneamiento de cartera, implementación de los programas de saneamiento fiscal y financiero y mejoramiento de la propia gestión de las ESE.

De conformidad con lo anterior, se presenta a continuación la información detallada de las ESE del nivel territorial, según riesgo (sin riesgo, riesgo bajo, riesgo medio o riesgo alto), por nivel de atención y por vigencias (2012 – 2015):



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201520001378861**

Fecha: **18-08-2015**

Página 48 de 85

Tabla 5
Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo, por nivel de atención 2012 – 2015

Riesgo	Nivel	Actos Administrativos			
		Resol 2509/12	Resol 1877/13	Resol 2090/14	Resol 1893/15
Riesgo Alto	1	267	356	376	158
	2	41	52	49	21
	3	4	4	5	5
Subtotal		312	412	430	184
Riesgo Medio	1	75	105	112	54
	2	14	20	23	6
	3	2	3	3	1
Subtotal		91	128	138	61
Riesgo Bajo	1	199	91	49	141
	2	24	20	8	27
	3	4	5	2	1
Subtotal		227	116	59	169
Sin Riesgo	1	280	269	275	455
	2	45	31	40	67
	3	13	11	13	17
Subtotal		338	311	328	539
Total		968	967	955	953

Fuente: Resoluciones 2509 de 2012, 1877 de 2013, 2090 de 2014 y 1893 de 2015.

Teniendo en cuenta la anterior información y de acuerdo con lo establecido por el artículo 81 de la Ley 1438 de 2011, una vez comunicada la información de determinación del riesgo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los siguientes sesenta (60) días calendario, las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto deberán adoptar a un programa de saneamiento fiscal y financiero. De este modo, las Empresas Sociales del Estado que debieron adoptar el programa de saneamiento fiscal y financiero, son:

Tabla 6
Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo, por nivel de atención 2012 – 2015

Riesgo	Nivel	Actos Administrativos			
		Resol 2509/2012	Resol 1877/2013	Resol 2090/2014	Resol 1893/2015
Riesgo Alto	1	267	356	376	158
	2	41	52	49	21
	3	4	4	5	5
Subtotal		312	412	430	184
Riesgo Medio	1	75	105	112	54
	2	14	20	23	6
	3	2	3	3	1



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201520001378861**

Fecha: **18-08-2015**

Página 49 de 85

Riesgo	Nivel	Actos Administrativos			
		Resol 2509/2012	Resol 1877/2013	Resol 2090/2014	Resol 1893/2015
Subtotal		91	128	138	61
Total		403	540	568	245

Fuente: Resoluciones 2509 de 2012, 1877 de 2013, 2090 de 2014 y 1893 de 2015.

1.10 ¿Cuáles han sido los resultados de la aplicación del programa de saneamiento fiscal y financiero en los hospitales públicos?

Respuesta: El artículo 8 de la Ley 1608 de 2013 estableció que los parámetros generales de contenidos, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero se determinarán **por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público** y que en todo caso la viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los mismos, estará a cargo de dicho Ministerio.

En consecuencia, mediante el Decreto 1141 de 2013 se determinaron los parámetros generales de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero que deben adoptar las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, categorizadas en riesgo medio o alto, determinando en el artículo 7: *"Monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero. El monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, estará a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y se ejercerá sobre el cumplimiento de las medidas y metas previstas en relación con la recuperación y el restablecimiento de la solidez económica y financiera de la Empresa Social del Estado"*.

En tal sentido, la información solicitada en esta pregunta debe ser suministrada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

1.11 ¿Cuáles son las propuestas estructurales para resolver la crisis hospitalaria pública?

Respuesta: Para el cuatrienio 2014 – 2018, dentro de las estrategias y acciones planteadas como prioridades en salud en el marco de la Ley 1753 de 2015 *"Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un nuevo país"*, se contempla, entre otras, la Política de Atención Integral en Salud como instrumento para orientar las respuestas del Sistema y delimitar la regulación del mismo, mediante un conjunto de acuerdos para la integración de los objetivos del Sistema con los de la seguridad social, tomando como eje el bienestar y la salud de la población en su territorio.

De igual manera, para el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud, se incluyen entre otras acciones, la ejecución de un Programa de inversión pública hospitalaria dirigido al fortalecimiento de la



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 50 de 85

capacidad instalada en los componentes de infraestructura física y equipamiento biomédico, el cual en zonas con población dispersa considerará la disponibilidad y uso de los instrumentos brindados en el marco de la Telesalud (Ley 1419 de 2010).

Para lo anterior, se considerarán recursos de la Nación, del Sistema General de Regalías, líneas de crédito compensada y otras fuentes, y esquemas como las asociaciones público privadas previstas en la Ley 1508 de 2012, a través de proyectos por entidad territorial en el contexto de las redes, los planes bienales de inversiones en salud, el plan financiero territorial de salud, y de los contratos plan suscritos con la Nación.

De forma complementaria, se propone el desarrollo de esquemas alternativos de operación de los hospitales públicos, que posibiliten una mejor gestión de los mismos para la prestación adecuada de los servicios de salud a la población, como integrantes de las redes. Se busca mejorar el acceso en con calidad a los servicios, afrontar las limitaciones en eficiencia y sostenibilidad de la red pública hospitalaria, mediante la formulación e implementación de alternativas jurídicas, técnicas, administrativas, financieras y operativas, así como instrumentos, para la adaptación de estas instituciones a la dinámica del aseguramiento y del modelo de atención del Sistema en condiciones de eficiencia, competitividad, calidad y sostenibilidad. Estos esquemas alternativos se relacionan:

- Ajuste al régimen laboral y empresarial
- Gobierno corporativo y modificación del mecanismo de nombramiento de gerentes y conformación de juntas directivas.
- Mecanismos de operación que se apoyen en esquemas de participación público- privadas.
- Regulación de subsidios de oferta en condiciones de eficiencia.
- Regulación sobre las formas de contratación por capitación, vinculadas al desempeño y resultados en salud, en concordancia con medidas similares dentro del sistema sobre los pagadores

De igual manera, en el artículo 267 de la Ley 1753 de 2015 establece con el fin de "dar continuidad a los planes, programas y proyectos de mediano y largo plazo, los artículos de las Leyes 812 de 2003, 1151 de 2007 y 1450 de 2011 no derogados expresamente en el inciso anterior o por otras leyes, continuarán vigentes hasta que sean derogados o modificados por norma posterior", entre los que se encuentra el artículo 156 de la Ley 1430 de 2011 sobre los Programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado, como instrumentos para orientar el accionar de la red pública hospitalaria en las entidades territoriales departamentales y distritales).

Los Programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas sociales del Estado tienen por objeto contribuir al mejoramiento de las condiciones de acceso, atención y resultados de salud de la población, mediante la adecuación de la oferta pública de servicios a los requerimientos en



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 51 de 85

salud de la población y el fortalecimiento de su gestión asistencial, administrativa y financiera, para su operación en condiciones óptimas de calidad, pertinencia, eficacia, cobertura, eficiencia y sostenibilidad.

Artículo 156. Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado - ESE. El Programa deberá considerar como mínimo el diagnóstico de la situación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y del conjunto de la red en cada territorio incluyendo los componentes de acceso a la prestación de servicios, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera, los posibles efectos de la universalización y unificación sobre el financiamiento y operación de la misma, las fuentes de recursos disponibles, la definición y valoración de las medidas y acciones que permitan fortalecer la prestación pública de servicios, los ingresos y gastos y su equilibrio financiero; incluyendo medidas de ajuste institucional, fortalecimiento de la capacidad instalada; mejoramiento de las condiciones de calidad en la prestación y de la gestión institucional con especial énfasis en las relacionadas con el recaudo de ingresos por venta de servicios y deberá considerar adicionalmente lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, en lo pertinente.

El Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo viabilizar el programa respectivo de cada entidad territorial competente; definir el proceso de aprobación, la metodología, los criterios e indicadores que deberán contener estos programas, los cuales en cualquier caso estarán en armonía con los planes financieros integrales del régimen subsidiado territoriales. En el caso de los municipios certificados, el programa deberá contar con el concepto favorable del departamento respectivo.

El programa se financiará por la Nación y las entidades territoriales de acuerdo a lo establecido por el artículo 83 de la Ley 1438 de 2011 y con cargo a los recursos territoriales destinados a la prestación de los servicios de salud, entre los cuales se deberán contemplar los recursos propios, las rentas cedidas, incluidos los recursos a que hace referencia el artículo 35 de la Ley 1393 de 2010, los recursos de ETESA en liquidación o de la entidad que haga sus veces y aquellos que la entidad territorial decida asignar para el efecto, lo cual deberá quedar previsto en los planes financieros integrales territoriales del Régimen Subsidiado.

Parágrafo. La definición de un Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de ESE podrá considerarse como parte del programa de saneamiento fiscal y financiero, con el cumplimiento de todos los términos y requisitos establecidos en la Ley 617 de 2000 y sus decretos reglamentarios y de conformidad con el numeral 76.14.3 del artículo 76 de la Ley 715 de 2001 en el caso de municipios y distritos.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 52 de 85

Parágrafo Transitorio. Los recursos del Presupuesto General de la Nación -vigencia 2011, destinados al programa al que se refiere el presente artículo podrán ejecutarse bajo la modalidad de créditos condonables.

En cuanto a la prestación pública de los servicios de salud, en el diseño y ejecución de los Programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las Empresas Sociales del Estado, se ha visto un avance significativo; de los 36 departamentos y distritos se encuentran aprobadas 35 redes públicas, exceptuando el Departamento de La Guajira cuyo documento se encuentra en análisis del Ministerio de Salud y Protección Social.

De forma complementaria, se viene trabajando desde el Ministerio de Salud y Protección Social en el desarrollo de instrumentos y metodologías para mejorar la prestación de servicios de salud a la población en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutivez, con la debida disponibilidad y suficiencia de la oferta para la atención de la demanda a nivel territorial. Para lo anterior, se formulan lineamientos para la conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las redes de prestación de servicios de salud, en el marco general del Modelo Integral de Atención en Salud. Estos desarrollos se detallan a continuación:

- Lineamientos e instrumentos metodológicos para la conformación y organización de las redes: en desarrollo de estos se plantean los alcances, funciones de los actores, metodología para la determinación de la suficiencia de la oferta a nivel territorial, requerimientos de información, entre otros.
- Propuesta de criterios para la habilitación de las redes de prestación de servicios de salud, con los procesos a evaluar y estándares para su entrada y permanencia, con el fin de que estas cuenten con la suficiencia y completitud de la oferta requerida para la atención en salud en los territorios.
- Propuesta de criterios e instrumentos para el seguimiento y evaluación de las redes, que tienen como propósito identificar y valorar el proceso de atención provisto por las mismas en busca de una adecuada gestión de los servicios de salud.
- Requerimientos de desarrollo de las fuentes de información para soportar los procesos de determinación de la suficiencia de la red y trazabilidad del proceso de atención, con relación su capacidad instalada (talento humano en salud, capacidad física y equipamiento)

Las propuestas de política y estrategias señaladas, son desarrollos técnicos y de política que se encuentran en elaboración y en concordancia con las disposiciones de la Ley 1753 de 2015 del Plan Nacional de



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 53 de 85

Desarrollo 2014 – 2018, cuyos resultados se prevé sean seguidos, y evaluados para realizar los ajustes pertinentes dentro del SGSSS.

Vale la pena mencionar que la relación entre los diferentes actores del SGSSS ha presentado situaciones financieras críticas como son entre otras, la existencia de pasivos a cargo de las Entidades Territoriales por la prestación de servicios a la población pobre no incluidos en el POS y por los contratos de Régimen Subsidiado suscritos hasta el 31 de marzo de 2011. Igualmente en el Régimen Contributivo las EPS presentan pasivos acumulados a favor de los prestadores de servicios de salud y a su vez una deuda a su favor por los recobros No POS.

Frente a estas situaciones el Gobierno ha desarrollado una serie de procesos que se direccionan saneamiento y el pago de estas deudas tramitando leyes y decretos con los cuales ha gestionado la generación y utilización de recursos como son, los originados en los excedentes de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado, saldos del ahorro en el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolero (FAEP), recursos provenientes de Lotto en línea que tienen en el FONPET los municipios, distritos y departamentos, que no estén comprometidos con obligaciones pensionales del sector salud, recursos de excedentes de rentas cedidas, recursos de excedentes de aportes patronales y recursos del FOSYGA que deberán ser restituidos en un plazo máximo de 10 años y la compra de cartera a cargo de las EPS.

La política de saneamiento de pasivos se fundamenta en las siguientes normas:

SANEAMIENTO DE CARTERA Y MEJORAMIENTO DEL FLUJO DE LOS RECURSOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	ESTRATEGIA / MEDIDA	
Pago de Deudas Régimen Subsidiado	Excedentes de Cuentas Maestras del RS	Artículo 7° de la Ley 1587 de 2011 Decreto 1080 de 2012 Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013
	Recursos FAEP y SGP Libre Destinación	Artículo 275° de la Ley 1450 de 2011 Ley 1530 de 2011 Artículo 6° de la Ley 1608 de 2013
	Recursos del FOSYGA	Artículo 5 de la Ley 1608 de 2013 (Destinación de \$150,000 millones)
	Excedentes de Rentas Cedidas	Artículo 4° de la Ley 1608 de 2013
	Pago de deudas CCF con IPS	Artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 Decreto 3046 de 2013
	Compra de Cartera - Subcuenta de Garantías para la Salud	Artículo 9° de la Ley 1608 de 2013
Pago de Deudas Régimen Contributivo		
Pago de deudas por servicios prestados a la PPNA y No POS	Excedentes de Cuentas Maestras del RS	Artículo 7° de la Ley 1587 de 2011 Artículo 2° de la Ley 1608 de 2013
	Recursos CAJANAL EPS en Liquidación	Artículo 3° de la Ley 1608 de 2013



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 54 de 85

SANEAMIENTO DE CARTERA Y MEJORAMIENTO DEL FLUJO DE LOS RECURSOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	ESTRATEGIA / MEDIDA	
	Uso de excedentes del recaudo de recursos de CCF hasta diciembre de 2010	Decreto 3136 de 2011 - Recursos de CCF para el pago del No POS de afiliados al RS
	Recaudo del Presupuesto General de la Nación	Ley de Presupuesto
	Deudas No POS - ET	Numeral 2 del Artículo 2 de la Ley 1608 de 2013
	Excedentes y Superávit FOSYGA	Artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 Artículo 11 de la Ley 1608 de 2013
Saneamiento Fiscal y Financiero de ESE	Recursos FONSAET	Ley 1438 de 2011
	Excedentes de Cuentas Maestras del RS	Artículo 7 de la Ley 1587 de 2011 Numeral 3 del Artículo 2 de la Ley 1608 Ley 1608 de 2013
	Recaudo del Presupuesto General de la Nación	Ley de Presupuesto
	Excedentes FONPET	Decreto 728 de 2013
	Excedentes de Aportes Patronales	Artículo 3 de la Ley 1687 de 2013

La totalidad de las acciones se describen ampliamente en la respuesta a la pregunta 1.7

1.12 ¿Cuál es el aporte del Gobierno Nacional al saneamiento de los pasivos de los hospitales públicos y para superar el rezago tecnológico a que están sometidos?

Respuesta: Tal como está previsto en el inciso segundo del artículo 8 de la Ley 1608 de 2013, los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero deben contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de las Empresas Sociales del Estado, que permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población.

En este contexto, no todas las medidas contenidas en estos Programas requieren asignación de recursos, pues las mismas pueden estar ligadas al mejoramiento de procesos o racionalización del gasto, entre otros aspectos, que no necesariamente implican la inversión de recursos adicionales a los disponibles por parte de las Empresas Sociales del Estado.

No obstante lo anterior y de acuerdo con lo previsto en el Decreto 1141 de 2013, el financiamiento de las medidas que se incluyan en los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, proviene de múltiples fuentes, incluyendo recursos de las Empresas Sociales del Estado, de las entidades territoriales municipales, distritales y departamentales o de la Nación.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 55 de 85

En tal sentido, para estos fines se han dispuesto recursos de diferentes fuentes del orden nacional y territorial así:

- Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – Fonsaet
- Presupuesto de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social
- Excedentes del Sistema General de Participaciones destinados por la Ley 1687 de 2013
- Saldos de cuentas maestras del régimen subsidiado
- Excedentes de rentas cedidas
- Excedentes del Fonpet – Lotto en Línea (Decreto 728 de 2013)
- Otros recursos propios de las entidades territoriales.

Los recursos de la Nación se asignan para apoyar la implementación de los Programas de manera concurrente con los demás recursos que las Empresas Sociales del Estado o las entidades territoriales asignen para ello.

Es importante señalar, que con el propósito de apoyar la financiación de las medidas contenidas en dichos programas, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Proyecto de Inversión “*Mejoramiento, fortalecimiento y ajuste en la gestión de las instituciones de la red pública hospitalaria del país*” asignó a los departamentos mediante la Resolución 4874 de 2013 recursos por valor de \$149.000.000.000, los cuales deberán ser distribuidos por las entidades territoriales entre las Empresas Sociales del Estado, atendiendo el concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En cuanto al aporte del Gobierno Nacional para contribuir a superar el rezago tecnológico de las ESE, como se señaló previamente, se vienen disponiendo importantes recursos financieros para que las entidades territoriales puedan financiar o cofinanciar inversiones en mejoramiento de la infraestructura y dotación de equipos biomédicos de las ESE, con el propósito de mejorar el acceso y la capacidad resolutoria de las mismas, entre los cuales se encuentran los saldos de cuentas maestras (Ley 1608 de 2013), excedentes de rentas cedidas (Leyes 1393 de 2010 y 1608 de 2013), remanentes de recursos acumulados en el Fonpet provenientes del Lotto en Línea (Decreto 728 de 2013), del Sistema General de Regalías (Leyes 1530 y 1606 de 2012), crédito de redescuento de Findeter (Decretos 4808 de 2010, 2551 y 2762 de 2012, 2048 y 2460 de 2014, Resolución 0327 de 2015), de la Nación y propios de las entidades territoriales.

De forma complementaria, la Ley 1508 de 2012 posibilita profundizar los esquemas de participación público – privadas aplicadas en sectores como infraestructura y servicios públicos a servicios sociales como salud, para solventar necesidades y limitaciones de inversión, desde el sector público.

Dentro de los recursos de la Nación, se destaca el desarrollo de proyectos para cofinanciar inversiones a nivel territorial para el fortalecimiento de la capacidad instalada de las instituciones de naturaleza pública, en



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 56 de 85

conjunto con las fuentes disponibles para este efecto señaladas previamente. Entre estas iniciativas, se señalan:

- El Proyecto *"Fortalecimiento de la capacidad instalada para la prestación de servicios a nivel nacional"*, con prioridad en las instituciones públicas que prestan servicios de baja y mediana complejidad, para contribuir al mejoramiento la infraestructura y equipamiento biomédico de las ESE. Para la vigencia de 2013 se asignaron recursos del presupuesto de inversión por \$21.354.200.000 y para el año 2014 por \$15.000.000.000 (Resoluciones 4691 y 4915 de 2013, 5673 y 5807 de 2014).

El proyecto *"Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en los componentes de infraestructura y dotación hospitalaria"* para el periodo 2015 – 2018, con el propósito de coadyuvar al mejoramiento de la infraestructura física y equipos biomédicos de las ESE, mediante la cofinanciación de proyectos, con un presupuesto estimado para el cuatrienio de \$550.000.000.000.

Se expidió la Resolución 829 de 2015, publicada en el Diario Oficial 49458 del 19 de marzo de 2015, mediante la cual se definen las condiciones técnicas para la destinación de los recursos del proyecto y se señalan los requisitos y documentos para la presentación y viabilización de proyectos a cofinanciar.

Para la presente vigencia, mediante la Resolución 2078 de 2015 se establecieron las condiciones para la asignación de los recursos del proyecto de *"Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria nacional"* se realizó la asignación de los recursos a las ESE y se definieron los requisitos para su giro, por valor de \$49.400.000.000).

- El proyecto *"Implementación de acciones para apoyar la reducción de la vulnerabilidad sísmica estructural de las instituciones hospitalarias a nivel nacional"*, con la asignación de recursos del orden nacional para estos fines (Resoluciones 5542 y 5755 de 2014).

Programa de Vulnerabilidad Sísmica 2010 – 2014

Valores en Pesos corrientes

Vigencia	Valor Asignado
2010	12.600.000.000
2011	15.100.000.000
2012	15.088.000.000
2013	13.674.321.704
2014	9.000.000.000

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Diciembre de 2014



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 57 de 85

- En el marco de los contratos plan (Ley 1454 de 2011) suscritos con los departamentos de Tolima, Nariño, Cauca, Arauca y Santander se contemplan inversiones en infraestructura y dotación de equipos biomédicos. Para el año 2014, en desarrollo del proyecto *"Mejoramiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria en el marco de la estrategia contratos plan - Nacional"*, se destinaron por parte de la Nación \$23.280.445.148,85 (Resolución 5966 de 2014).

1.13 ¿El Gobierno nacional asumirá las nóminas de los hospitales públicos con cargo al Sistema General de Participaciones tal y como se aplica al sector de la educación?

Respuesta: Es importante hacer una descripción de los usos definidos en el sector de la salud de los recursos del Sistema General de Participaciones.

El artículo 1° de la Ley 715 de 2001 expresa: "Naturaleza del Sistema General de Participaciones. El Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las Entidades Territoriales, para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en la presente ley."

Al respecto es necesario considerar, que la Ley 715 de 2001 que dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias, establece la naturaleza del Sistema General de Participaciones, así como su conformación, participaciones, destinación y distribución. De manera específica en el artículo 47 estipula la destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, así:

Artículo 47. Destino de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud. Los recursos del Sistema General en Participaciones en salud se destinarán a financiar los gastos de salud, en los siguientes componentes:

47.1. Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total.

47.2. Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

47.3. Acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud.

De conformidad con la destinación definida en el mencionado artículo se tiene los siguientes usos de los recursos del Sistema General de Participaciones –SGP:

1. Subsidio a la Demanda

Los recursos provenientes de este componente cofinancian la atención de la población pobre atendida mediante subsidios a la demanda. En este sentido, de conformidad con la Ley 715 de 2001 y el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011 los recursos del componente de demanda, son destinados por las entidades



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 58 de 85

territoriales de orden municipal, distrital o departamental para los corregimientos departamentales a la financiación de la Unidad de pago por capitación de la población afiliada a través del régimen subsidiado. De conformidad con el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, las entidades territoriales administrarán el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios.

El Ministerio de Salud y Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud, o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Salud con fundamento en el instrumento jurídico definido por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 971 de 2011.

2. Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda

De conformidad con las competencias establecidas para los departamentos en el artículo 43 de la Ley 715 de 2001, estas entidades están encargadas de gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

Así mismo, el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, definió que las Entidades territoriales deben contratar con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda y en el evento, que la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

3. Acciones de Salud Pública

De conformidad con el artículo 43 de la Ley 715 de 2001, los departamentos deben, entre otras, formular y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas (Antes PAB), garantizar la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación, vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, y ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 59 de 83

En este contexto y conforme lo dispuesto en los artículos 46 de la Ley 715 de 2001 y 31 de la Ley 1122 de 2007, las acciones de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de los riesgos en salud del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, se deben contratar con IPS públicas ubicadas en el área de influencia de acuerdo con su capacidad técnica y operativa, siempre y cuando estas cumplan las condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecido en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006 y las demás disposiciones que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

La contratación de estas intervenciones con otras instituciones se realizará, cuando las IPS públicas del área de influencia carezcan de capacidad técnica y operativa para la ejecución de dichas actividades o no cumplan con las condiciones establecidas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad o cuando las IPS públicas no cumplan las metas previstas en los contratos.

En este contexto, es claro que los recursos del Sistema General de Participaciones están destinados a cumplir con las competencias que tienen las entidades territoriales en materia de salud y en ningún caso, se establece la posibilidad de pagar las nóminas de las Empresas Sociales del Estado.

Así mismo, es importante precisar que los Hospitales Públicos, son entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos. Estas Empresas tienen como objetivo principal producir servicios de salud eficiente y efectivos, así como prestar servicios de salud que la población requiera. En este sentido, le corresponde a las ESE vender servicios de Salud a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Entidades territoriales, entre otros y con estos recursos deben garantizar su sostenibilidad.

En tal sentido, en la Participación con destinación específica para el Sector Salud, no establece la posibilidad de pagar las nóminas de las Empresas Sociales del Estado con dichos recursos.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 60 de 83

2. Crisis laboral y del talento humano

2.1 ¿Cuál es el régimen laboral que el Gobierno Nacional propone para los servidores públicos de la salud?

2.2 ¿Este régimen laboral respetará los principios de estabilidad laboral, primacía de la realidad sobre la formalidad, salario profesional y demás establecido en el artículo 53 de la Constitución Política?

Respuesta: El día 7 de mayo de 2015 se suscribió un acuerdo entre el Gobierno Nacional y las Centrales Obreras, que incluye la conformación de una mesa de negociación integrada por representantes del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo de la Función Pública, las Centrales Obreras, las Federaciones y representantes de los Sindicatos del Sector Salud; la redacción de un texto de proyecto de ley que permita solicitar al Congreso de la República facultades especiales pro tempore para que el Gobierno Nacional expida un régimen laboral especial para los trabajadores de las ESE. En tanto se tramita y aprueba la solicitud de facultades para el Gobierno, las partes trabajarán de forma conjunta en la construcción de una propuesta de dicho régimen.

Se anexa el Acuerdo firmado con los representantes de las centrales obreras en cumplimiento de lo ordenado por el Decreto 160 de 2014 por el cual se reglamenta la Ley 411 de 1997, aprobatoria del Convenio 151 de la OIT.

2.3 ¿Cómo concurrirá el Gobierno Nacional financiera y presupuestalmente para la formalización laboral de los 250.000 trabajadores vinculados por contratos de prestación de servicios, teniendo en cuenta que la política de reestructuración que sustituyó las relaciones laborales por contratos de prestación de servicio, fue orientada por él mismo?

Respuesta: Es importante señalar, la autonomía administrativa con que cuentan las Empresas Sociales del Estado para su operación, establecida por el artículo 194 de la Ley 100 de 1993:

La prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 61 de 83

Al igual que los objetivos estipulados para las ESE por el Decreto 1876 de 1994, en especial el señalado por el literal b del artículo 4:

b. Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer,

En este sentido, las Empresas Sociales del Estado cuentan con autonomía y patrimonio propio, y su operación corriente se financia como fuente principal con los ingresos generados por ventas de servicios de salud a los diferentes pagadores, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

En virtud de lo anterior, les corresponde a las ESE definir sus plantas de personal con base en la población a atender y sus portafolios de servicios, en el marco de las redes de prestación de servicios de salud. De estas decisiones sobre sus plantas de personal, se desprenden los costos de la formalización laboral de sus trabajadores, los cuales como parte de su operación corriente se financian principalmente con los ingresos por ventas de servicios.

De igual manera, la formalización laboral que están implementando las Empresas Sociales del Estado, se debe realizar con los recursos que la entidad esté utilizando para la contratación de dichas personas, por cuanto lo que se está haciendo es formalizar a las personas que se encontraban vinculadas por contrato.

Cabe señalar, que en la Resolución 4015 de 2013 en el marco de los planes financieros territoriales de salud (Leyes 1393 de 2010 y 1450 de 2011), se prevé la destinación de recursos del orden territorial para contribuir a la prestación de servicios de salud a través de Empresas Sociales del Estado que requieran para su operación en condiciones de eficiencia, recursos adicionales a los asociados a la producción y venta de servicios de salud, por condiciones de mercado y estar localizadas en territorios con población dispersa geográficamente, alejados o de difícil acceso.

En dichos planes las entidades territoriales departamentales y distritales deberán establecer los requerimientos de estos recursos, considerando los Programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado y los Programas de saneamiento fiscal y financiero, cuando haya lugar a estos. Estas transferencias de las entidades territoriales a las ESE deben estar ligadas a metas en su desempeño en la prestación de servicios, como incentivo para lograr mejoras en la atención y en la eficiencia de la operación de las mismas.

2.4 ¿Cómo resolverá el gobierno Nacional lo relacionado con el déficit de médicos especialistas que padece el país y que atenta contra la calidad y oportunidad en la prestación de servicios de la población?



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 62 de 83

Respuesta: Antes de dar respuesta concreta a la pregunta, es pertinente precisar que el problema de fondo no es la carencia de médicos especialistas, sino la brecha creciente entre la demanda de servicios especializados y la falta de capacidad del sistema y sus instituciones para atenderla y gestionarla adecuadamente, lo cual se traduce en problemas de acceso y de oportunidad en la prestación de los servicios, particularmente en algunas áreas de especialización y regiones del país.

El crecimiento acelerado de la afiliación al SGSSS en los últimos años, generó un aumento rápido y generalizado de la demanda de servicios de salud, incluidos los servicios especializados, que contrasta con un aumento lento de la oferta de médicos especialistas en el país, así como de los programas y cupos para su formación. También se ha observado que una parte significativa de la demanda de servicios especializados, se genera por la falta de capacidad resolutoria de las instituciones del primer nivel de atención y sus equipos de salud, lo cual lleva a derivar pacientes a los servicios especializados y de mayor complejidad, a los que se les hubiera podido resolver su situación en esos primeros niveles.

De esta forma, la brecha entre la demanda y oferta de servicios médicos especializados debe cerrarse no solamente con la aumento de la disponibilidad de médicos especialistas en el país, sino también a través de estrategias que lleven a que las instituciones del primer nivel de atención, así el personal de la salud no especializado, puedan atender y resolver un porcentaje cada vez mayor de las situaciones de salud de los pacientes, evitando la demanda innecesaria y costosa de servicios especializados y de mayor complejidad.

Para esto, el Ministerio de Salud está trabajando en un modelo de atención se sustenta, entre otros elementos, en el desarrollo de instituciones de atención primaria en salud o prestadores primarios, que constituyan la puerta de entrada a los servicios de salud con una capacidad resolutoria significativamente superior a las que tienen los actuales IPS de primer nivel. Esto va de la mano con la adopción de un enfoque de salud y medicina familiar en los servicios y en la formación de talento humano, la consolidación de equipos de salud integrales, multidisciplinarios y con capacidad resolutoria, la disponibilidad de equipos y tecnologías básicas de apoyo, entre otros.

De otro lado, existe la necesidad de aumentar la oferta de médicos especialistas, mejorar su distribución territorial y fortalecer la capacidad resolutoria de los profesionales de la salud, particularmente aquellos que atienden la población en los niveles primarios de atención (primer y segundo nivel de atención), evitando así remisiones a los servicios de mayor complejidad.

Con el fin de incrementar la oferta de profesionales de salud, mejorar su distribución y capacidad resolutoria, se cuenta con las siguientes estrategias:

- Definición de perfiles y competencias de las profesiones de la salud: Existen 12 documentos que corresponden a los perfiles y competencias de igual número de profesiones de la salud, entre ellos



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 63 de 83

medicina. En el documento de medicina, se logró identificar y visibilizar un importante paquete de competencias que se habían debilitado, desdibujado o incluso perdido en los procesos de formación y desempeño de los médicos, restándoles capacidad resolutoria para atender las situaciones y problemas de salud de la población, incluso aquellas de más prevalencia o frecuencia. Este documento será un referente para promover ajustes en los programas curriculares de pregrados, formación continua y gestión de los servicios, entre otros y busca, fundamentalmente, mejorar su pertinencia y restablecer la capacidad resolutoria de los médicos, particularmente aquellos que se desempeñan en los niveles básicos de atención.

- Eliminar límites legales, institucionales o administrativos al ejercicio autónomo y a la capacidad resolutoria de los profesionales de la salud. Con este propósito se han revisado las normas de habilitación de servicios, buscando que las mismas no impliquen restricciones al ejercicio pleno y autónomo de las profesiones de la salud, en especial médicos generales y enfermeras. El paso siguiente es revisar y proponer el ajuste de algunas leyes que han puesto límites al ejercicio de la medicina, a través de la restricción del uso de algunas tecnologías de diagnóstico a ciertas especialidades (radiología y anestesiología).
- Facilidad en el ingreso de médicos especialistas que vienen a ejercer en Colombia: A los médicos extranjeros que ingresen al país con el fin de ejercer su profesión se le exigen unos requisitos académicos y de ejercicio, entre ellos haber cumplido el servicio social obligatorio durante un año. Este último requisito se eliminó para los médicos que tengan se hayan especializado en el exterior en áreas de prioridad o interés para el sistema de salud colombiano.
- Promover la apertura de programas y cupos para la formación de especialistas en el país, particularmente en las regiones donde la oferta es restringida o no existe. Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, vienen promoviendo la apertura y el fortalecimiento de programas y cupos para la formación de médicos especialistas. Para esto se han constituido mesas de trabajo con los rectores y decanos de las universidades que tienen escuelas o facultades de medicina, revisando los factores que promueven u obstaculizan este objetivo y proponiendo alternativas de solución. Se ha hecho énfasis especial en las regiones donde la oferta de este tipo de programa es débil o no existe y se ha convocado la participación de entidades territoriales e instituciones de salud que son escenarios de prácticas formativas o tienen el potencial, para lograr un mayor consenso frente a las acciones a desarrollar.
- Promover la oferta de formación de especialistas en salud y medicina familiar y comunitaria. Se está promoviendo la apertura y fortalecimiento de programas y cupos para la formación de especialistas en medicina familiar y en salud familiar y comunitaria. Esto con el fin de contar con profesionales que, además de tener un enfoque más integral y preventivo, resuelvan desde el primer contacto con el paciente, gran



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 64 de 83

parte de las situaciones que hoy se remiten a médicos especialistas ubicados en hospitales de mediana y alta complejidad.

- Servicio Social Obligatorio para médicos especialistas. Las normas que reglamentan el servicio social obligatorio prevén la posibilidad de que los médicos cumplan con este requisito después de obtenido el título de una especialización, en regiones donde existen más dificultades para vincular y retener este talento humano. Para esto, se estableció un incentivo consistente en reducir a la mitad el tiempo del servicio social (seis meses en lugar de un año).
- Gestionar recursos para financiar la formación de especialistas en el exterior y regresen a ejercer en el país. En las bases del Plan Nacional de Desarrollo del actual Gobierno, está prevista la creación de un fondo para financiar la formación de especialistas en el exterior, que vuelvan al país a ejercer su especialidad. Lo anterior en respuesta al limitado número de cupos que se ofrecen hoy en el país.
- Crecimiento del programa de becas crédito como estímulo para la formación de especialistas en el país. El programa de becas crédito se fundamenta en el artículo 193 de la Ley 100 de 1993 y consiste en el otorgamiento de un estipendio equivalente a no menos de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes, reconocidos mensualmente y pagados al finalizar cada trimestre, a partir del otorgamiento del crédito, a quienes están cursando un programa de especialización en áreas clínicas y quirúrgicas.

2.5 ¿Está dispuesto el gobierno nacional a desligar los salarios de los profesionales de la salud del artículo 73 de la Ley 617 de 2000, a fin de facilitar la vinculación de las plantas de personal de los médicos especialistas?

Respuesta: La disposición aludida determina que *"Ningún servidor público de una entidad territorial podrá recibir una asignación superior al salario del gobernador o alcalde"*. Dado que es una norma aprobada por el Congreso de la República, sería este mismo organismo legislativo el encargado de modificarla.

No obstante, el Gobierno Nacional considera que la modificación de dicha disposición puede contribuir a mejorar las posibilidades de algunas instituciones de salud, para vincular y retener profesionales de la salud, particularmente médicos especialistas, siempre y cuando haga parte de una estrategia más amplia que considere otros aspectos de oferta y demanda de este recurso humano, como los señalados en el punto anterior, y se tengan en cuenta criterios de racionalidad en el gasto de las instituciones municipales y departamentales.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 65 de 83

En todo caso, posibilitar que en algunos casos los salarios de los médicos especialistas supere al de los alcaldes o gobernadores, sería una medida de carácter excepcional que solo aplicaría para este tipo de profesionales en determinadas circunstancias.

2.6 ¿Cómo se garantizan las condiciones de un trabajo justo y bien remunerado de los trabajadores de la salud, con la firma de convenios de desempeño del Programa de saneamiento fiscal y financiero?

Respuesta: El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero está dirigido a garantizar la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado con base en el mejoramiento de su gestión, los ingresos, el control de los gastos, el mejoramiento de las condiciones de producción de servicios (en calidad y cantidad), con lo cual se espera que se permita garantizar condiciones hasta el momento no siempre presentadas (por ejemplo, oportunidad en el pago de los salarios y de los contratistas y proveedores).

Con esta gestión, se espera que las ESE con Programas de Saneamiento Fiscal y Financieros validados, adicional al contar con recursos para el pago de las obligaciones y el mejoramiento de las condiciones actuales, busquen el escenario mejor posible para el desarrollo de su talento humano, como elemento esencial de la gestión administrativa y asistencial hospitalaria pública.

La política de talento humano en salud se expresa a través de diversas decisiones, actos administrativos y manifestaciones mediante las cuales el Gobierno Nacional en general y el Ministerio de Salud y Protección Social, en particular, han definido orientaciones, recursos, directrices, estrategias y objetivos con respecto a este campo.

Existen varios elementos que son la base de la política de talento humano, parte de los cuales se encuentran consignados en un documento denominado "Bases de la Política de Talento Humano en Salud", que se ha construido bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, donde se recogen y armonizan propuestas originadas en diferentes escenarios de análisis y discusión, como el Consejo Nacional de Talento Humano, la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud, foros académicos, mesas de trabajo regionales, espacios de coordinación intersectorial, entre otros.

Además, se enmarca en la estrategia del Sistema Nacional de Formación de Capital Humano definida en el Documento Conpes 3674 de 2010, está en armonía con normas vigentes en el campo del talento humano, como la Ley 1164 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, los compromisos asumidos por el país en escenarios internacionales como la OIT, la OPS/OMS y la Organización Andina de Salud, entre otros.

El objetivo general propuesto para la política de talento humano en salud consiste en "Establecer las estrategias y líneas de acción para articular los procesos de formación, ejercicio y desempeño del Talento Humano en



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 66 de 83

Salud en torno a las necesidades de salud de la población y a los objetivos del Sistema de Salud Colombiano, promoviendo el desarrollo personal y profesional del personal sanitario.”

Uno de los logros fundamentales del proceso de construcción participativo de las bases de la política de talento humano, ha sido el reposicionamiento del tema en la agenda sectorial e intersectorial, con un reconocimiento cada vez mayor de que el logro de los objetivos del sistema de salud, dependen en gran medida de las decisiones que se tomen en las áreas de formación, gestión y desempeño del talento humano, donde existe una responsabilidad compartida del gobierno en sus niveles nacional y territorial, instituciones educativas de los niveles técnico y superior, EPS, IPS y otros empleadores, gremios profesionales, sociedades científicas, entidades territoriales, entre otros.

Este documento, que aún no se ha adoptado de manera formal por el Ministerio de Salud, se ha presentado en diferentes escenarios intra e intersectoriales y ha estado disponible para su consulta y enriquecimiento en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social [2]. Sus orientaciones han sido un referente importante para impulsar, fortalecer y articular las decisiones y acciones que se han tomado en los últimos años en materia de formación, ejercicio y gestión del talento humano en salud, las cuales deberán ser adoptadas por cada IPS y particularmente por las ESE que en su autonomía podrán ir adoptando paulatinamente sus elementos, bajo las restricciones y ventajas que les impone un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 67 de 83

Aditiva a la Proposición No. 024 sobre crisis hospitalaria pública

1. **¿Cuál es el plan de recuperación que el Ministerio de Salud y Protección Social tiene prevista para los hospitales públicos del país?**

Respuesta: La respuesta a este interrogante se presenta en el numeral 1.7 y 1.11

2. **¿Cuál es el motivo por el cual el Ministerio de Salud y Protección Social no transfiere a tiempo los recursos por prestación de servicios a los Hospitales vía Giro Directo – Ley 1438 de 2011?**

Respuesta: Es preciso indicar que el giro directo de que trata la Ley 1438 de 2011, hace referencia a la administración del régimen subsidiado, en donde, las entidades territoriales son los administradores y el Ministerio de Salud y Protección Social realiza el giro directo a nombre de cada una de las entidades territoriales, de la Unidad de Pago por Capitación, a las Entidades Promotoras de Salud o a las Instituciones Prestadoras de Salud.

Con anterioridad a la Ley 1438 de 2011, el Régimen Subsidiado operaba mediante contratos de administración de recursos, a través de los cuales las EPS garantizaban la prestación de los servicios a los usuarios que las seleccionaban, previa verificación de las condiciones de beneficiario del subsidio por la entidad territorial. A su vez la entidad territorial se encargaba de coleccionar los recursos que financiaban el aseguramiento, verificaba que se cumplieran las obligaciones por parte de las EPS y realizaba el pago del valor de las Unidades de Pago por Capitación a las EPS de acuerdo con el comportamiento de la afiliación.

Las fuentes de financiación del régimen subsidiado llegaban a las cuentas maestras de los Fondos Locales de Salud, provenientes de la transferencia mensual de las doceavas del Sistema General de Participaciones, del recaudo propio de los recursos provenientes de rentas cedidas o de los derechos de explotación de los juegos de suerte y azar y finalmente de la cofinanciación del Fosyga, esta última supeditada al cumplimiento de unos requisitos básicos por parte de las entidades territoriales, que consistían en verificar la existencia de contratos legalizados entre las entidades territoriales y las EPS, la existencia de la cuenta maestra y el envío de la base de datos de los afiliados de cada contrato.

Esta diversidad de fuentes y las múltiples instancias para el giro de los recursos a los Fondos Locales, generó demoras y posibles malos manejos en su administración retardando meses en llegar a las Instituciones Prestadoras para el pago de los servicios prestados.

La Ley 1438 de 2011, suprime la competencia de las entidades territoriales en cuanto a la suscripción de los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado y establece como su responsabilidad la



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 68 de 83

administración del régimen subsidiado, entendida dicha administración como el seguimiento y control del aseguramiento, que debe materializarse en el acceso oportuno y de calidad a los servicios del POS del Régimen Subsidiado. Para sustituir la competencia, la Ley estableció que el mecanismo de giro y administración de los recursos del régimen subsidiado sería definido por el Gobierno Nacional.

El Gobierno Nacional, mediante el Decreto 971 de 2011 definió el mecanismo para la realización del giro directo de los recursos del régimen subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, dicho mecanismo se denomina **Liquidación Mensual de Afiliados** y consiste en la liquidación del valor de las Unidades de Pago por Capitación que corresponden a cada EPS por entidad territorial, de acuerdo con la afiliación y novedades de la afiliación que son reportadas por las EPS a la Base de Datos Única de Afiliados y validadas por las Entidades Territoriales. El giro de los recursos de conformidad con el artículo 8 del mencionado Decreto 971, modificado por el Decreto 3830 de 2011, se realiza dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes.

El proceso permite el control unificado de la información de afiliación y fuentes de financiación para el reconocimiento de las IPC a las Entidades Promotoras de Salud, así como la conformación de una base de datos única sobre los pagos realizados a las EPS por concepto de afiliados al régimen subsidiado.

Los recursos del régimen subsidiado, que en la actualidad se administran y giran directamente desde el nivel central (FOSYGA) a las EPS, en nombre de las entidades territoriales o directamente a las IPS en nombre de las últimas, son los correspondientes al Sistema General de Participaciones, los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, los aportes del presupuesto general de la Nación y los recursos provenientes de la explotación de juegos de suerte y azar localizados, que recauda Coljuegos.

Ahora bien en relación a la asignación de "Prestación de Servicios"⁸ del Sistema General de Participaciones, se precisa que esta tiene como fin, la financiación de las tecnologías sin cobertura en Plan Obligatorio de Salud, de la población afiliada al régimen subsidiado y la atención de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda, las cuales son competencia de los departamentos y municipios certificados, tal y como lo establece el numeral 43.2.1 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001⁹.

⁸ Artículo 1 del Decreto 196 de 2013: Por el cual se fija el procedimiento y los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud en el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y se dictan otras disposiciones

⁹ Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 69 de 83

"(...) Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas".

Así mismo en el artículo 53 de la mencionada Ley, se establece que:

"(...)

Artículo 53. Transferencias de los recursos. La apropiación de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud se hará sobre la base del 100% del aforo que aparezca en la Ley de Presupuesto.

Los giros se deberán efectuar en los diez (10) primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, a los fondos que para el efecto deben crear y organizar las entidades territoriales.

Los giros correspondientes a los aportes patronales se harán directamente a la entidad u organismo que administra las pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales del sector salud de las entidades territoriales, en la forma y oportunidad que señale el reglamento".

De conformidad con lo anterior, este Ministerio realiza el giro de los recursos a las entidades territoriales, en los tiempos establecidos en la normativa vigente y aplicable, es decir, durante **los primeros 10 días de cada mes**, para la atención de las competencias de las entidades territoriales en relación con la atención de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud y la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda

3. **Teniendo en cuenta que la crisis de los hospitales Público se debe también a la demora en el pago de las EPS, ¿Qué medidas está tomando el Ministerio con las EPSS que no pagan los servicios prestados?**

Respuesta: El Ministerio de Salud y Protección ha implementado algunas medidas que han mejorado el flujo de recursos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En primer lugar, es importante mencionar que con la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 971 de 2011, se implementó el instrumento jurídico de giro directo de los recursos que financian y cofinancian la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.

A partir del artículo 6° del Decreto 971 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2320 de 2011, modificada por la Resolución 4182 de 2011 que determinó el mecanismo de reporte por parte de las EPS de la información que permita el giro directo de los recursos que financian la Unidad de Pago por Capitación a las IPS, fijando los plazos y reglas para la materialización del mismo.



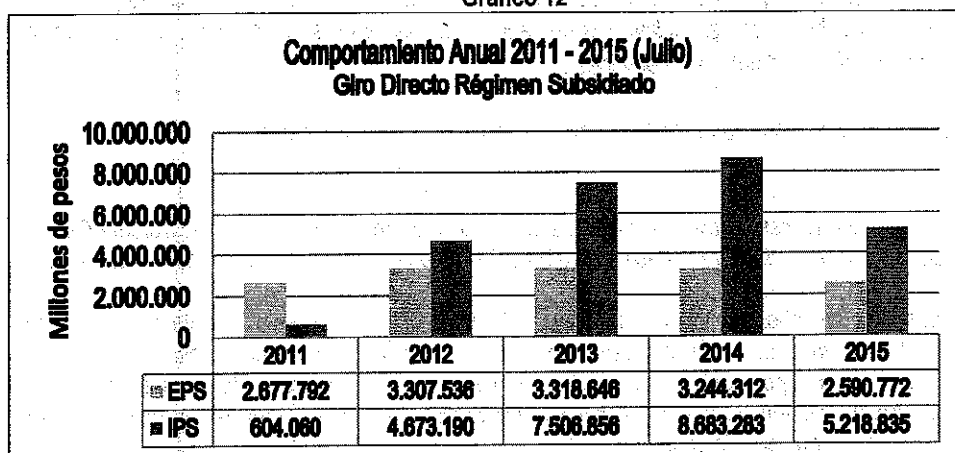
Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 70 de 83

Gráfico 12



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Por otra parte, el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, estipula que las EPS que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán efectuar el giro directo de al menos el 80% de la Unidad de Pago por Capitación reconocida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a través del FOSYGA.

Como consecuencia a esta disposición, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 2464 de 2013, donde se define el procedimiento para el giro directo de estas EPS en medidas de intervención. Posteriormente, las Resoluciones 654 y 1569 de 2014, establecen los términos y condiciones para el registro de cuentas bancarias de las IPS potencialmente beneficiarias.

En este contexto, el giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas para el giro directo en el Régimen Contributivo comenzó a partir del mes de junio de 2014 con las EPS Cafesalud, Cruz Blanca y Saludcoop. El valor total girado con fecha de corte a 21 de julio de 2015, es de \$2.576.535 millones de pesos. Con esta medida se han beneficiado 3.367 IPS a nivel nacional.

4. ¿Cuáles son los hospitales del Valle del Cauca que se encuentran en lista del Ministerio de Salud y Protección Social para intervenir o liquidar?

Respuesta: La liquidación de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial se puede ordenar por el departamento o el Municipio, si la Empresa Social del Estado es del orden Departamental o Municipal respectivamente, en cumplimiento de lo dispuesto por los artículos 305 y 315 de la Constitución Política; también puede ser ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de las competencias de intervención.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 71 de 83

En tal sentido, no es competencia del Ministerio de Salud y Protección Social ordenar la liquidación de ESE del nivel territorial, ni tiene listado de Empresas Sociales del Estado para intervenir o liquidar para el Departamento de Valle del Cauca u otros departamentos.

En el marco de lo dispuesto en la Ley 1450 de 2011, el Departamento de Valle del Cauca presentó al Ministerio de Salud y Protección Social su Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado, al cual se emitió concepto de viabilidad el 7 de octubre de 2013.

En el Programa mencionado, el Departamento de Valle del Cauca, en razón a la crítica situación financiera de las Empresas Sociales del Estado, que no permite garantizar la adecuada prestación de servicios de salud en sus áreas de influencia, propone:

1. La liquidación de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Palmira y la operación de servicios por parte de la ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno, mediante la habilitación de servicios de mediana y alta complejidad; dicha liquidación se inició el 30 de octubre de 2013 mediante el Decreto Municipal No. 218 "Por medio del cual se suprime la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, del orden Municipal y se ordena su Liquidación" expedido por el Alcalde Municipal del Palmira, y en la actualidad dicho proceso se encuentra en post-cierre de la liquidación.
2. La liquidación de la ESE Hospital Departamental de Buenaventura, la conformación de una única ESE de carácter distrital que preste los servicios de baja, mediana y alta complejidad en la región. La mencionada liquidación se inició el 1 de noviembre de 2013 con la expedición de Decreto Departamental N° 1091 "Por medio del cual se suprime la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Buenaventura, se ordena su liquidación y se dictan otras disposiciones", y en la actualidad dicho proceso se encuentra en pos cierre de la liquidación. Los servicios de mediana complejidad se encuentran siendo implementados por la ESE Hospital Luis Ablanque de la Plata, entidad de orden distrital.

No obstante, como Buenaventura se conformó como Distrito, presentó el 22 de julio de 2015 la propuesta del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado, el cual se encuentra en evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Para la vigencia 2014, el Departamento de Valle del Cauca propuso la liquidación de la ESE Hospital Departamental de Cartago y la ampliación del portafolio de servicios de mediana y alta complejidad por parte de la ESE Municipal de Cartago. En razón a dificultades con la obtención de las facultades del Gobernador, no fue posible adelantar dicha liquidación. Sin embargo, por la crítica situación financiera de la entidad que no permitía garantizar la adecuada prestación de servicios de salud en su área de influencia, la



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 72 de 83

Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 1043 del 22 de junio de 2015 ordenó la toma de posesión inmediata y la intervención forzosa de la ESE Hospital Departamental de Cartago.

5. ¿Tiene información de cuál es el monto de la deuda de las EPS al Hospital Universitario del Valle del Cauca? ¿Y Cuál el plan de recuperación? ¿Cómo puede intervenir ante esta situación?

Respuesta: A continuación se presenta el estado de cartera del Hospital Universitario del Valle con corte a 31 de marzo de 2015, por edad de cartera:

(Cifras en millones de \$)

Edad de cartera	Valor
Hasta 60	19.599
De 61 a 180	44.034
De 181 a 360 días	7.496
Mayor a 360 días	100.979
Total	172.108

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios – SIHO. Fecha de corte: 31 de marzo de 2015.

Si desagregamos esta información por tipo de deudor se encuentra el siguiente resultado:

(Cifras en millones de \$)

Tipo de deudor	Total cartera
Régimen Subsidiado	107.211
Régimen Contributivo	13.851
Población Pobre Departamentos/Distritos	16.008
Población Pobre Municipios	4.096
Soat - Ecat	21.816
Otros deudores por VSS	9.127
TOTAL	172.108

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios – SIHO. Fecha de corte: 31 de marzo de 2015.

Por otro lado, con relación a la acciones adelantada para la recuperación del Hospital Universitario del Valle, especialmente lo relacionado el flujo de recursos, se precisa que el 22 y 23 de julio de 2015, se desarrolló una reunión con la Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca, para identificar recursos girados y pendientes de giro por concepto de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidio a la demanda por parte de la Entidad Territorial. En este contexto, los recursos girados en el mes de julio a la ESE fueron de \$6.336 millones, para el mes de agosto el departamento informó el 6 de agosto, el giro de \$8.493 millones quedando un saldo pendiente de giro de \$5.380 millones

Así mismo, el Departamento informó que no se habían girado \$17.570 millones por concepto del Esfuerzo Propio



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 73 de 83

Departamental para la financiación del Régimen Subsidiado. Lo anterior, toda vez que algunas EPS no habían remitido la certificación de dispersión de recursos a la red prestadora de servicios de salud.

Con relación al flujo de recursos, es importante resaltar las acciones que se han venido implementando:

- Giro Directo desde el nivel nacional.
- Giro Director desde el nivel departamental por el esfuerzo propio.
- Compra de Cartera
- Aclaración y pago de cuentas en el marco de la Circular No. 30 de 2013.

6. ¿Qué seguimiento hace el Ministerio de Salud a las Alianzas Público Privadas que se hacen en las áreas o servicios asistenciales permanentes, que desconocen la Sentencia C171/12?

Respuesta: Según lo establecido en la Ley 715 de 2001, corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social. Entre las funciones establecidas para el Ministerio por el Decreto 4107 de 2011, no está la de hacerle seguimiento permanente a las Alianzas Público Privadas.

De conformidad con la normatividad vigente, corresponde al Gobierno Nacional a través de la Superintendencia Nacional de Salud – SNS la función de inspección, vigilancia y control de las entidades públicas y privadas. La Ley 1122 de 2007 que creó el Sistema de Inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, señala que este estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud.

El artículo 121 de la Ley 1438 de 2011 señala los sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, entre los cuales se encuentran, entre otros:

- Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las empresas solidarias, las asociaciones mutuales en sus actividades en salud, las cajas de compensación familiar en sus actividades en salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.
- Las direcciones territoriales de salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionados con el sector salud.
- Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 74 de 83

En tal sentido, a medida en que en el Ministerio de Salud y Protección Social se reciben quejas o se tiene conocimiento de eventos o acciones que vayan en contra de lo resuelto por la Corte Constitucional en la Sentencia en cuestión, se da traslado a la Superintendencia Nacional de Salud o a los demás entes de control, según competencia, para que éstos los aborden en lo pertinente.

7. ¿Qué información tiene el Ministerio de cómo va el proceso de transformación y organización de la red de servicios de salud del departamento del Valle del Cauca?

Respuesta: El Departamento de Valle del Cauca presentó al Ministerio de Salud y Protección Social, el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado en el año 2013, el cual fue viabilizado en el marco de lo dispuesto por el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, mediante concepto técnico del 7 de octubre de 2013.

En el proceso de implementación del Programa, el departamento ha adelantado las siguientes acciones:

- La liquidación de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Palmira y la operación de servicios por parte de la ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno, mediante la habilitación de servicios de mediana y alta complejidad; dicha liquidación se inició el 30 de octubre de 2013 mediante el Decreto Municipal No. 218 *"Por medio del cual se suprime la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, del orden Municipal y se ordena su liquidación"* expedido por el Alcalde Municipal del Palmira. En la actualidad dicho proceso se encuentra en post-cierre de la liquidación.
- La liquidación de la ESE Hospital Departamental de Buenaventura, la conformación de una única ESE de carácter distrital que preste los servicios de baja, mediana y alta complejidad en la región. La mencionada liquidación se inició el 1 de noviembre de 2013 con la expedición del Decreto Departamental N° 1091 *"Por medio del cual se suprime la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Buenaventura, se ordena su liquidación y se dictan otras disposiciones"*, y a la fecha dicho proceso se encuentra en pos cierre de la liquidación. Los servicios de mediana complejidad están siendo implementados por la ESE Hospital Luis Ablanque de la Plata, entidad de orden distrital.
- La liquidación de la ESE Hospital Departamental de Cartago, programada para 2014. El departamento adelantó la elaboración de los estudios técnicos, sin embargo no se pudo iniciar el proceso de liquidación por dificultades con las facultades del Gobernador para suprimir y ordenar la liquidación de la entidad, y en razón a la crítica situación financiera de la entidad que no permitía garantizar la adecuada prestación de servicios de salud en su área de influencia, la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 1043 del 22 de junio de 2015 ordenó la toma de posesión inmediata y la intervención forzosa de la ESE Hospital Departamental de Cartago.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 75 de 83

- El departamento se encuentra adelantando los estudios técnicos para la reestructuración de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá.
- El departamento se encuentra adelantando el ajuste de los portafolios de servicios de las entidades a las cuales les fue viabilizado el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

8. Especifique sobre los Lineamientos que ha impartido el Ministerio a las entidades territoriales para controlar la propagación del virus de Chikunguña en Colombia.

Respuesta: A comienzos de 2014, se elabora y adopta para el Comité Nacional de Emergencia CNE y el Instituto Nacional de Salud, el "PLAN NACIONAL DE RESPUESTA FRENTE A LA INTRODUCCIÓN DEL VIRUS CHIKUNGUNYA EN COLOMBIA", se definen tres fases: la primera de preparación, con el objetivo de detectar la introducción por casos importados y mantener el mayor tiempo posible la contención evitando la transmisión autóctona; la segunda de introducción, que empieza con la confirmación del primer caso autóctono y se enfoca en rastrear la enfermedad para orientar las medidas para lentificar su propagación y; la tercera, de transmisión sostenida, que se orienta a hacer seguimiento de la enfermedad cuando ésta se haya establecido en el territorio, para conocer su patrón de comportamiento epidemiológico y virológico, para así orientar las acciones que garanticen una baja letalidad (Anexo 2). De igual forma se estableció el "Lineamientos para la atención clínica integral de pacientes con Chikunguña en Colombia", que incluye la atención de casos agudos y crónicos. (Anexo 3)

Adicionalmente se ha venido realizando seguimiento a las actividades desarrolladas en línea de tiempo antes la introducción del virus así:

1. En de junio 2010, el Instituto Nacional de Salud (INS) es certificado en su capacidad de laboratorio para hacer diagnóstico de Chikunguña.
2. En octubre de 2012, en reunión nacional de ETV se incluyó Chikunguña en el temario y se distribuyó la guía internacional de preparación ante una posible introducción.
3. Desde el 1 de abril de 2013, el Centro Nacional de Enlace inició el monitoreo de noticias sobre casos de Chikunguña en las Américas.
4. El 9 de diciembre de 2013, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta internacional a los Centros Nacionales de Enlace (CNE) y dio origen a la vigilancia intensificada del evento.
5. En 7 de enero de 2014 se realizó la primera evaluación de riesgo de una posible introducción del virus de Chikunguña en Colombia.
6. El 10 de enero de 2014, se elabora y adopta para el CNE y el INS, el Plan de Vigilancia y Gestión del Riesgo ante la eventual introducción del virus de Chikunguña en Colombia, se definen tres fases: la primera de preparación, con el objetivo de detectar la introducción por casos importados y mantener el mayor tiempo



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 76 de 83

posible la contención evitando la transmisión autóctona; la segunda de introducción, que empieza con la confirmación del primer caso autóctono y se enfoca en rastrear la enfermedad para orientar las medidas para identificar su propagación y; la tercera, de transmisión sostenida, que se orienta a hacer seguimiento de la enfermedad cuando ésta se haya establecido en el territorio, para conocer su patrón de comportamiento epidemiológico y virológico, para así orientar las acciones que garanticen una baja letalidad.

7. Desde el 16 de enero de 2014, cada jueves hasta la fecha, se incluyó el monitoreo del avance del Chikunguña en las Américas en el Comité Estratégico.
8. El 12 de marzo de 2014, se emite la circular 014 en forma conjunta, entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, en la que se emiten directrices de vigilancia y respuesta para Entidades Territoriales, Prestadores de Servicios de Salud y Aseguradores (lineamientos para vigilancia, laboratorio, acciones de salud pública, y adecuación de prestadores y EPS)
9. El 27 de junio de 2014, se emite el primer boletín de prensa para comunicar el riesgo y promover en la ciudadanía el control de vectores mediante la eliminación de criaderos.
10. El 9 de julio de 2014, se realizó un conversatorio con medios de comunicación, para informar sobre el plan de preparación y reforzar la necesidad de controlar el vector mediante la eliminación de criaderos por parte de todos los ciudadanos.
11. **El 17 de Julio de 2014 se publican los lineamientos para el diagnóstico y vigilancia en salud pública y por laboratorio del virus de Chikunguña en Colombia Fase en la página del Instituto Nacional de Salud y se informa de dicha publicación a todas la entidades territoriales, asociaciones médicas, fuerzas militares y demás entes involucrados en el plan de respuesta de Chikunguña.**
12. El 18 de julio de 2014, se emitió el segundo boletín de prensa comunicando el primer caso importado en el país (Valle del Cauca).
13. A finales de julio del presente año se realizó la compra de 2000 pruebas para Chikunguña, para fortalecer el laboratorio nacional de referencia y laboratorios departamentales.
14. Del 26 al 27 de agosto de 2014, se asistió a Paraguay al Taller regional en la vigilancia y respuesta a Chikunguña, para ver los comportamientos epidémicos en la región y traer la información con base en la cual se construyeron los modelos predictivos que permitieron hacer las estimaciones de casos, utilizando como información nacional la del comportamiento del dengue en el país (serie de 10 años).
15. El 29 de agosto de 2014, se terminó la construcción del Plan de Respuesta Nacional ante la introducción del virus de Chikunguña para Colombia, con 14 anexos técnicos.
16. El 29 de agosto de 2014, la OPS emite segunda alerta epidemiológica de fiebre por Chikunguña y dengue en las Américas.
17. El 1 de septiembre de 2014, la Secretaria de Salud de Bolívar notifico al CNE el primer conglomerado de personas febriles en el municipio de Mahates, el CNE notifico al Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) del INS, para su desplazamiento.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 77 de 83

18. El 10 de septiembre de 2014, se realizó la tercera rueda de prensa para anunciar la inminente llegada del virus al país por existir casos en Panamá y Venezuela y para lanzar el Plan de Respuesta nacional ante la introducción del virus.
19. El 10 de septiembre de 2014, se confirmó oficialmente el inicio de la transmisión autóctona en el país y con ello se inició la fase dos del Plan de Vigilancia y Gestión del Riesgo.
20. Desde el 10 de septiembre se desplaza una comisión hasta el departamento de Bolívar con el fin de realizar trabajo de campo Búsqueda activa comunitaria y búsqueda activa institucional para determinar la magnitud del brote y conocer el comportamiento de la enfermedad en nuestro territorio. En la actualidad se realiza seguimiento a la población del municipio de San Juan de Nepomuceno con el fin de caracterizar la enfermedad en todas sus fases (aguda, subaguda y crónica).
21. Durante los meses de septiembre a diciembre se desplazan varias comisiones del INS a diferentes entidades territoriales con el fin de apoyar la búsqueda activa de casos de Chikunguña.
22. El 11 de septiembre de 2014, se activó el centro de mando con epidemiólogos, entomólogos y especialistas en control de vectores, educadores y comunicadores, para desarrollar el material complementario para comunidad, prestador y medios de comunicación, así como monitorear el comportamiento y coordinar las acciones que se realizan en los diferentes niveles.
23. El 11 de septiembre de 2014, una comisión nacional encabezada por el Ministro de Salud se desplazó al departamento de Bolívar, sitio de confirmación de los primeros casos para: a) verificar la situación epidemiológica y hacer levantamiento de línea de base, b) orientar el desarrollo de estrategias y mecanismos de coordinación sectorial e intersectorial para la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención y respuesta ante la presentación de casos, c) concurrir con la Dirección Territorial en la contingencia y el desarrollo del Plan Nacional de Respuesta, identificando debilidades, fortalezas y oportunidades y, d) establecer compromisos locales y nacionales.
24. El 12 de septiembre de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social citó a las autoridades sanitarias departamentales de todo el país para coordinar la implementación de centros de operaciones espejo y el desarrollo de las demás acciones de manejo del brote en la fase de introducción; dicha reunión fue el viernes 19 de septiembre.
25. El 12 de Septiembre de 2014 mediante la resolución 3940 de 2014, se remiten recursos a las Direcciones Territoriales de Salud, para dar soporte al Plan Nacional de respuesta frente a la introducción del Virus Chikunguña por un monto total de \$ 6.408.723.000, recursos que tiene destinación exclusiva para garantizar la eficiente operación y gestión de los programas de prevención y control de los factores de riesgo que inciden en las enfermedades transmitidas por vectores - Chikunguña.
26. El 22 de septiembre se publican los lineamientos para el diagnóstico y vigilancia en salud pública y por laboratorio del virus de Chikunguña en Colombia Fase II en la página del Instituto Nacional de Salud.
27. Del 12 de agosto al 30 de Septiembre el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del plan de intervenciones para la atención del evento, desarrolló capacitaciones a nivel regional sobre el tema de Chikunguña en las Direcciones Territoriales de salud y virtualmente a través del link del ministerio



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 78 de 83

- <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/curso-virtual-enfermedades-vectores.aspx> y del link: <http://www.cursoetv.co/registro/>, donde accedieron los profesionales en medicina, enfermería y bacteriología.
28. Como actividades específicas para los Departamentos, las Secretarías de Salud han realizado las acciones de prevención, vigilancia y control del vector que ha incluido desde el primer reporte de evento, capacitaciones regionales iniciando con la reunión regional de la zona Caribe, realizada en Cartagena el 2 y 3 de Octubre, con profesionales del área de la salud y líderes comunitarios de los departamentos de la costa Atlántica y se continuó el 10 de Octubre en Cúcuta para la zona de Oriente.
 29. El jueves 27 de noviembre de 2014, en concertación con las Direcciones territoriales de Salud se adelantó capacitación virtual en el manejo clínico del paciente con Chikunguña. Dirigida a los profesionales de la Salud de las IPS y EAPB, con especial énfasis en aquellas que reportaban el mayor número de casos atendidos y diagnosticados como sospechosos.
 30. Los días 4 y 11 de diciembre de 2014, se realizaron Sesiones Elluminate con el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, Instituto Municipal de Salud de Cúcuta, Secretaría Departamental de Salud de Santander, dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, del Instituto Nacional de Salud, de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS donde se dieron orientaciones en el diagnóstico y en el manejo clínico de pacientes con casos de Chikunguña y se presentó la experiencia exitosa de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.
 31. El 8 de enero de 2015, en cabeza del Señor Presidente de la República y el Ministro de Salud. Se iniciaron y adelantaron Reuniones Técnicas Departamentales de alerta frente a la introducción del virus Chikunguña en los municipios priorizados (Denominada "Vuelta a Colombia"), en cada dirección Territorial de Salud de acuerdo a la programación adjunta en donde se contó con la participación además de las Secretarías Departamental y Municipal de Salud con los Consejos Departamental y Municipales de Gestión de Riesgos y Desastres, con el fin de optimizar las acciones planteadas en el plan estratégico de estos Departamentos.

FECHA	REGIONAL	CIUDAD DONDE SE REALIZO	DIRECCIONES TERRITORIALES CONVOCADAS
08/01	Centro	Girardot	Cundinamarca Tolima , Bogotá
16/01.	Santander	Bucaramanga	Santander, Bucaramanga y área metropolitana, Norte de Santander y Boyacá.
19/01.	Pacífico.	Cali	Valle del Cauca, Cauca y Nariño
23/01	Sur	Neiva	Putumayo, Caquetá, Huila y Tolima
30/01	Eje Cafetero	Pereira.	Risaralda, Quindío y Armenia
3/02	Antioquia	Medellín	Antioquia, Sucre, Córdoba y Choco
10/02	Oriente	Villavicencio	Arauca, Meta, Casanare, Guaviare y Vichada

32. Sesiones Elluminate 14 y 15 de Enero, desde el Ministerio de Salud y Protección Social, con la participación de las dependencias del Ministerio, Instituto Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud, con el fin de realizar seguimiento al Plan Nacional de Respuesta y capacitación en manejo integral de pacientes.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 79 de 83

33. Enero 21 de 2015, Reunión de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial de Salud Ambiental – CONASA – Mesa ETV, con la participación de 11 Vice Ministerios, 5 Departamentos e Institutos Nacionales, Dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Expertos Organización Panamericana de la Salud, Centros de Investigación y Academia.
 34. Enero 21 de 2015, Reunión Nacional de Control Integrado de Vectores, con la participación de las Direcciones Territoriales de Salud, Dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Expertos Organización Panamericana de la Salud, Centros de Investigación y Academia.
 35. Enero 27 - 30 de 2015, Reunión Plan Maestro Mesoamericano para la Promoción, Prevención y Control del Dengue/Chikunguña, realizado en la Ciudad de Panamá Nacional de Control Integrado de Vectores, con la participación de los Ministerio de Salud de la Zona Mesoamericana.
 36. Del 9 al 13 de Febrero de 2015, se realizó en el Municipio de Montería – Córdoba con las Direcciones Territoriales de Salud, Reunión Nacional de Promoción y Prevención de Enfermedades Transmitidas por Vectores – ETV, con el fin de adelantar el seguimiento al Plan Nacional de respuesta frente a la introducción del virus Chikunguña, actualización de los planes estratégicos de Dengue/Chikunguña, incluidos en los planes de acción territoriales 2015.
 37. Del 23 al 27 de Febrero de 2015, Reunión de Cooperación – Internacional – Regional Experiencias y Lecciones aprendidas Evento Chikunguña Colombia. Reunión que se adelantada con los representantes de los Ministerios de Salud de México, Perú y Argentina, con las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Direcciones Territoriales de Salud.
 38. Del 20 al 23 de abril de 2015, Reunión con expertos internacionales, Centro de Control de Enfermedades (CDC), Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como especialistas médicos nacionales (pediatras, internistas, dermatólogos, entre otros) e Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social, para realizar análisis de mortalidad de los casos que han presentado Chikunguña, llegando a la conclusión de 24 muertes confirmadas o directas, 1 indirecta es decir que el virus estuvo presente pero la mortalidad se presentó por la patología de base del paciente, 1 muerte descartada. Lo anterior genero la base para el estudio y clasificación de muertes que se va a recomendar por parte de la OPS en la región de las Américas.
 39. Del 12 de Junio al 30 de Julio del 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del plan de intervenciones para la atención del evento, desarrolló capacitaciones a nivel regional sobre el tema de Chikunguña en las Direcciones Territoriales de salud y virtualmente a través del link del ministerio <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/curso-virtual-enfermedades-vectores.aspx> y del link: <http://www.cursoetv.co/registro/>, donde accedieron los profesionales en medicina, enfermería y bacteriología.
9. Qué presupuesto destino el Ministerio para la vigencia 2014-1015 para prevenir la propagación del virus del Chikungunya en el País y como se ha venido ejecutado?



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201520001378861**

Fecha: **18-08-2015**

Página 80 de 83

Respuesta: El 12 de Septiembre de 2014 mediante la resolución 3940 de 2014, se remiten recursos a las Direcciones Territoriales de Salud, para dar soporte al Plan Nacional de respuesta frente a la introducción del Virus Chikunguña por un monto total de \$ 6.408.723.000, recursos que tiene destinación exclusiva para garantizar la eficiente operación y gestión de los programas de prevención y control de los factores de riesgo que inciden en las enfermedades transmitidas por vectores – Chikunguña. (Anexo 4).

De igual forma, se adelanta seguimiento por parte del grupo técnico de la Subdirección de Enfermedades Transmisibles de manera mensual a la ejecución de los recursos transferidos consolidando la información y retroalimentando a las áreas correspondientes. (Anexo 5)

10. **¿Cuál ha sido el nivel de penetración del virus al País? ¿Se han reportado casos de muerte por esta causa? , si es así a cuantos ascienden?**

Respuesta: La penetración del virus al país ha tenido ha cumplido las estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, antes de su llegada, pero mostrando una dinámica de distribución más lenta que lo observado en República Dominicana, donde tuvo un comportamiento explosivo con una epidemia unimodal (con un solo pico).

De acuerdo a la estimación inicial, teniendo en cuenta que Colombia es un país ubicado en la zona tórrida del planeta con 1.123 municipios de los cuales 951 están situados entre 0 y 2.200 m sobre el nivel del mar, se parte de esos lugares para estimar el máximo de expansión geográfica. Con la serie de Dengue de los últimos 5 años se analiza la presencia del vector. Del total de municipios con altura adecuada para tener Dengue, 892 han presentado en el pasado transmisión activa, con lo cual se concluye que en estos lugares existen condiciones ecoepidemiológicas para la transmisión de Chikungunya y en los demás no.

Contabilizando la población que habita en esos 892 municipios y tomando la incidencia observada en República Dominicana, considerando además que todas las personas son susceptibles (porque nunca antes estuvieron expuestas a Chikungunya) se calculó para cada municipio cuantos casos probables (máximos y mínimos) se presentarían, con los cual se hizo el respectivo plan de respuesta con los secretarios de salud..

A semana 30 de 2015, de los 892 municipios en los que se esperan casos, 693 ya tienen el brote (78%). Entre todos estos 693 municipios se han notificado al SIVIGILA un total de **424.232** casos de Chikungunya de los cuales 422.361 han sido confirmados y 1.871 permanecen sospechosos.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 81 de 83

De acuerdo a la intensidad del brote en los municipios, estos se pueden clasificar así:

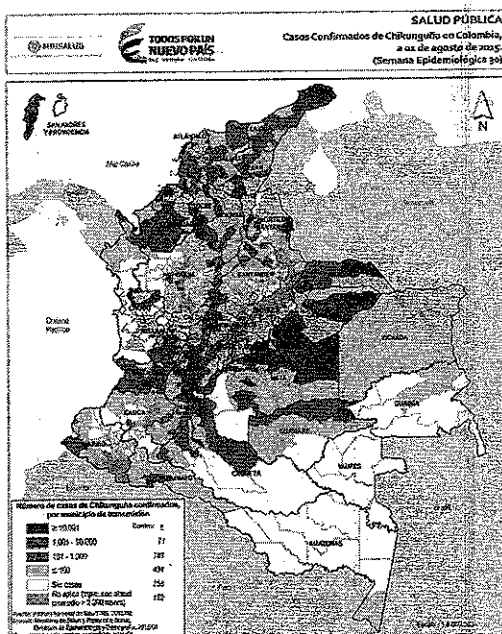
Número de municipios según casos confirmados	
Casos	Número de municipios
>10.001	6
1.001 – 10.000	71
101 – 1.000	181
<= 100	435
Total	693

Fuente: SIVIGILA – INS, MSPS

Patrón de propagación:

La transmisión autóctona del virus se presentó inicialmente en las entidades territoriales de la región Caribe, pasando a la región Andina y posteriormente a las regiones Pacífica, Amazonia y Orinoquía. A la fecha se ha demostrado circulación viral en 34 de los 37 departamentos y distritos que tiene el país. La mayor proporción de casos se ha registrado en seis entidades territoriales: Cali, Cartagena, Cúcuta, Neiva, Villavicencio y Sincelejo.

Los departamentos del Valle del Cauca, Tolima y Norte de Santander registran el mayor número de casos acumulados actualmente.





Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 82 de 83

En el siguiente cuadro se presenta la proporción de municipios por departamento que han sido afectados por el virus, identificando que en Atlántico, Arauca Valle, Vichada, Sucre, Tolima, Magdalena, La Guajira, Cesar y Quindío, esta proporción es del 100 %.

Etiquetas de fila	Municipios que presentan casos	Municipios con altura de >2200 SNM	Porcentaje de municipios afectados
Arauca	7	7	100,0
Atlántico	22	22	100,0
Barranquilla	1	1	100,0
Cartagena	1	1	100,0
Cesar	25	25	100,0
La guajira	15	15	100,0
Magdalena	29	29	100,0
Quindío	12	12	100,0
Santa marta	1	1	100,0
Sucre	26	26	100,0
Tolima	43	43	100,0
Valle del cauca	42	42	100,0
Vichada	4	4	100,0
Cordoba	29	30	96,7
Meta	27	29	93,1
Huila	34	37	91,9
Bolivar	41	45	91,1
Casanare	17	19	89,5
Risaralda	11	14	78,6
Norte de Santander	27	35	77,1
Caquetá	12	16	75,0
Cundinamarca	54	72	75,0
Guaviare	3	4	75,0
Putumayo	9	13	69,2
Cauca	24	37	64,9
Antioquia	72	115	62,6
Caldas	16	26	61,5
San Andres	1	2	50,0
Choco	14	30	46,7
Boyacá	25	55	45,5
Nariño	15	37	40,5
Santander	31	81	38,3
Amazonas	2	11	18,2
Gualaia	1	9	11,1
Vaupés	0	6	0,0
Total general	693	951	72,9

Fuente: SIVIGILA – INS, MSPS

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono: (57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201520001378861

Fecha: 18-08-2015

Página 83 de 83

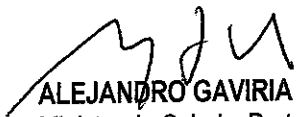
Se han reportado casos de muerte por Chikungunya?

Respuesta: El análisis realizado a los casos de muerte de personas que tenían Chikungunya al momento de la muerte o a muertes por Síndromes febriles sin diagnóstico definitivo o diagnóstico de Dengue, permitió esclarecer si existían casos de muertes asociadas a Chikungunya.

Del total de muertes estudiadas se identifica que se presenta una letalidad de 0,001% (una muerte cada 10.000 enfermos) presentándose hasta ahora 43 muertes asociadas a Chikungunya.

En los anteriores términos damos respuesta a su solicitud, estaremos atentos para atender cualquier duda o inquietud adicional.

Cordialmente,


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

Anexo: Lo enunciado (1 CD)

Proyecto: Direcciones de Financiamiento Sectorial, Prestación de Servicios y Atención Primaria, Promoción y Prevención, Epidemiología y Demografía y Talento Humano en Salud
Consolidó, revisó: Carmen Angulo Ch.

2/6/74