

Documento **Conpes**

Consejo Nacional de Política Económica y Social
República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación



3447

ESTRATEGIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN FINANCIERA DE LA RED HOSPITALARIA PÚBLICA: ENFOQUE DE CARTERA

**DNP: DDS-DR
Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Ministerio de la Protección Social
Alta Consejería Presidencial**

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 30 de octubre de 2006

INTRODUCCIÓN

El presente documento somete a consideración del Conpes Social, la estrategia para el mejoramiento de la gestión de cartera hospitalaria, en el marco de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

I. ANTECEDENTES

La problemática de la prestación de los servicios de salud ha sido abordada integralmente por parte del Gobierno Nacional a través de diferentes acciones en coordinación con las entidades territoriales. En tal sentido, se definió la política de prestación de servicios de salud para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)¹ y se avanza en la ejecución del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud². La implementación de la política se ha enfocado en la estructura funcional y operativa del SGSSS.

La política de prestación de servicios de salud aborda entre otros los siguientes temas relacionados con la gestión financiera de la prestación de servicios de salud: 1) implementación de mecanismos e instrumentos únicos y simplificados para reducir los costos de transacción y trámites dentro del sistema, entre los cuales se incluye un sistema único de identificación de beneficiarios, mecanismos de facturación y cobranza únicos, al igual que sistemas de revisión y validación de cuentas; 2) regulación de las condiciones que garanticen el flujo oportuno y eficiente de recursos entre los actores del sistema y desarrollo, implementación y evaluación de sistemas de pago que promuevan la eficiencia y la calidad; 3) financiamiento de la operación de las IPS públicas a través de los ingresos generados por la venta de servicios a los diferentes pagadores del sistema; 4) soporte del gasto de las entidades territoriales, en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago diferentes a la transferencia directa, consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados; 5) fortalecimiento de los sistemas de habilitación, acreditación y auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención; 6) desarrollo y fortalecimiento de las redes de prestación de servicios de salud; 7) generación de mecanismos jurídicos, administrativos y técnicos para la modernización institucional de los prestadores públicos, y 8) desarrollo e implementación de incentivos.

¹ Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, Noviembre de 2005 y Documento Conpes 3204 de noviembre de 2002.

² Conpes 3204 de noviembre de 2004, Conpes 3175 de 2002 y Conpes 3415 de 2006. El gobierno Nacional y las entidades territoriales mediante el programa de reorganización, rediseño y modernización de redes públicas a la fecha han intervenido 179 IPS públicas y han realizado una inversión de cerca de \$799.605 millones de pesos en el periodo 2002-2006 (pesos de 2006).

Sin embargo a pesar de que algunas estrategias y acciones de política se han implementado, en relación con la gestión financiera, entre las que se destaca el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud con reducción del gasto y del déficit³, el problema de la cartera no ha sido abordado en forma específica.

Es importante señalar que las acciones y mecanismos para solucionar el problema de la cartera acumulada deben ser diferenciales según la antigüedad de la cartera. Específicamente, se considera que la cartera mayor a 360 días por ser la de más difícil recaudo requiere de mecanismos diferentes a aquella menor de 180 días. La cartera mayor a 360 días, según reporte de las IPS públicas, asciende a 564 mil millones, con corte a junio de 2006.

II. DIAGNÓSTICO

Con la Ley 100 de 1993 la estructura de financiación se modificó puesto que el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- planteó un esquema de aseguramiento para garantizar el acceso a la salud y reducir el riesgo económico a las familias ante la presencia de una enfermedad. El SGSSS especializó las funciones y separó el financiamiento de los procesos de articulación, prestación y regulación, ello con el fin de superar los problemas de ineficiencia, inequidad, baja cobertura y mala calidad en la prestación de los servicios de salud⁴. Esta nueva visión centra su accionar en el usuario mediante el aseguramiento en salud operado por empresas que administran el riesgo financiero y epidemiológico⁵.

El SGSSS introdujo cambios importantes en el financiamiento de los prestadores públicos de servicios de salud del país, al pasar de un mecanismo de asignación y transferencia de recursos, a otro en donde se espera que las IPS públicas y privadas financien su operación a través de la venta de servicios a los diferentes pagadores del sistema⁶.

Con el fin de garantizar que los hospitales públicos pudieran insertarse en la dinámica del mercado, a dichas instituciones se les otorgó mayor autonomía⁷; en virtud de ello se incentivó la gestión financiera adecuada a las necesidades de la demanda y la recuperación de costos para garantizar el

³ Cuadro 2, Conpes 3415 de marzo de 2006, página 4.

⁴ Conpes 3204 noviembre de 2002.

⁵ Los aseguradores son agentes del usuario (principal) quien delega en ellas la compra de servicios de salud por considerar que están mejor informados.

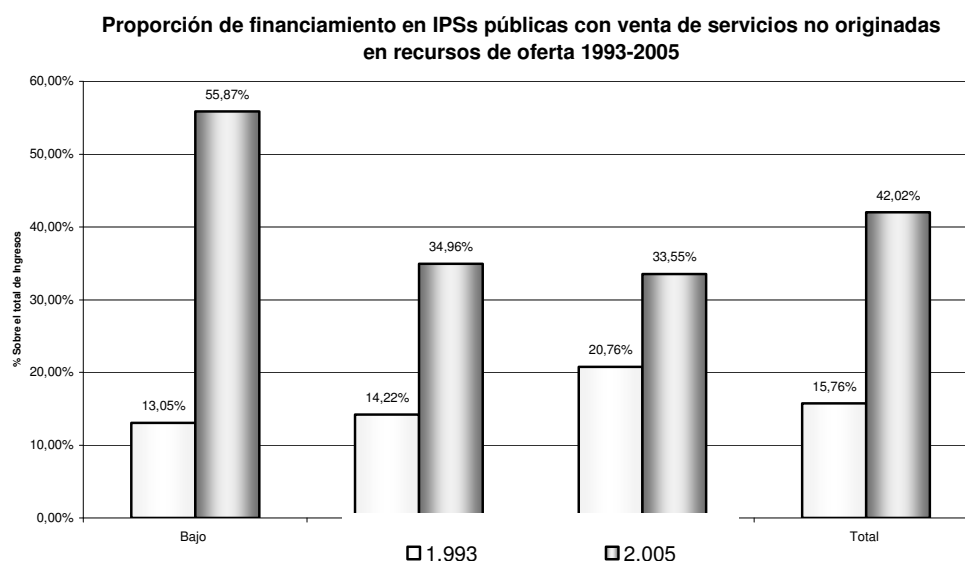
⁶ Aseguradores para los diferentes regímenes.

⁷ Se constituyen como Empresas Sociales del Estado de carácter descentralizado, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

autofinanciamiento. Así, la relación funcional entre población a ser atendida, el perfil epidemiológico, la producción y los ingresos y gastos se convirtieron en aspectos a considerar para la organización de la red pública hospitalaria, con la introducción de procesos nuevos en su gestión como la contratación, facturación y cobro y generación de estados financieros. Se debe anotar que los prestadores privados en cierta medida también tuvieron que adecuar su estructura funcional y operativa al nuevo esquema.

El gráfico 1 muestra la variación en el peso porcentual de los ingresos por venta de servicios de salud de los hospitales públicos a las entidades administradoras de planes de beneficios (incluye venta a régimen subsidiado, contributivo y otros) en el total de ingresos⁸. Se observa el cambio en la estructura del ingreso en las IPS públicas, lo cual plantea un reto en la solución de los problemas de gestión financiera para garantizar un adecuado recaudo de estos recursos. Al incorporar la venta de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda el peso relativo de esta fuente, en los ingresos totales, para 2005, pasa a representar cerca del 77%⁹.

Gráfico 1. Evolución del peso porcentual de los ingresos de las IPS públicas por venta de servicios de salud al régimen subsidiado, contributivo y otros pagadores, por nivel de atención y total, 1993-2004¹⁰.



Fuente: Año 1993: Evaluación del comportamiento de la prestación de servicios de salud en Colombia 1993-2003 y análisis de los efectos de la reforma del sistema de salud, sobre la estructura y desempeño de la oferta de servicios. Arango C.H. para DNP-Cooperación Técnica Japonesa, julio de 2004.
Año 2005: Base de datos decreto 2193 de 2004. Cálculos DNP-DDS-SS

⁸ No se incluye la venta de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la Demanda.

⁹ Los ingresos recaudados para 2005 son cerca de 4.6 billones de pesos

¹⁰ Excluye los ingresos por venta de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda

En términos de cartera, es necesario precisar que los datos presentados en este documento Conpes provienen para las IPS públicas de los datos recopilados por el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación en virtud del Decreto 2193 de 2004 (corte agosto de 2006) ¹¹. Los datos hacen referencia a la cartera mayor de 91 días.

Desde el punto de vista de antigüedad de la cartera se puede observar que la cartera, de más difícil recaudo, la mayor a 360 días, ha venido perdiendo importancia relativa y decreciendo año a año. En términos reales la cartera mayor a 360 días disminuyó en un 16% de 2004 a 2005, mientras que la cartera con edades entre 181 a 360 días creció el 3.5% (cuadro 1).

Cuadro 1.
Composición de la cartera de las IPS públicas por edad¹²
Millones de \$ de 2005

Edad	2004	2005	Variación	Composición 2004	Composición 2005
90-180	152.841	155.857	1,9%	15%	17%
181-360	175.710	181.947	3,5%	18%	20%
Mayor a 360	666.450	557.709	-16,3%	67%	62%
Total	995.001	895.512	-10,0%	100%	100%

Fuente: Información reportada por las IPS públicas al Ministerio de la Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2004

1/ Es importante señalar que las IPS públicas reportan que cerca de 225 mil millones son cartera no reconocida (no se puede discriminar por edad), siendo el 40% atribuible a las entidades territoriales y el 26% a las Administradoras del Régimen Subsidiado (corte agosto de 2005)

La cartera con más de 360 días pesa el 62% del total de la cartera mayor a 90 días. Por niveles de atención esta proporción es mayor en las instituciones de tercer nivel donde se alcanza el 69%. La variación de la cartera mayor a 360 días para las instituciones de tercer nivel es del orden del 29% entre 2004 y 2006 (cuadro 2). Es importante mencionar que en términos de ingresos por venta de servicios de los hospitales, la cartera mayor a 90 días representó en 2005 un 30% y la cartera total alcanzó el 50,4%. Se debe señalar que las soluciones de corto plazo se deben concentrar en esta cartera, puesto que es la de más difícil recaudo.

¹¹ Fuente: Decreto 2193 de 2003, correspondiente a 800 IPS públicas ubicadas en todo el país. Muestra por niveles: primer nivel cerca del 75% y para segundo y tercer nivel cerca del 84% de las IPS públicas.

¹² En el oficio 4052-2-0296 de la Superintendencia Nacional de Salud, dirigido al DNP, dicha institución señala que, sobre una auditoría a 6 IPS de alto nivel de complejidad, las cifras conciliadas entre las partes (IPS y pagadores (EPS)) muestran que el 49.3% del valor de las cuentas reportadas ya estaban canceladas, y sobre las que presuntamente estaban en mora real solamente el 18.36% de la mora correspondía a la realidad. (muestra auditada 17% del valor total de la cartera).

Cuadro 2
Comportamiento de la cartera mayor a 360 días por nivel de atención^{/1}
Millones de \$ de 2005

Nivel	2.004		2.005		Variación mayor de 360 días 2004-2005	Participación en el total de la cartera > 90 días por nivel 2005
	Mayor a 360 días	Total	Mayor a 360 días	Total		
1	142.663	226.886	113.751	214.553	-20%	53%
2	189.453	304.419	206.506	334.436	9%	62%
3	334.335	463.696	237.452	346.523	-29%	69%
Total general	666.450	995.001	557.709	895.512	-16%	62%

Fuente: Información reportada por las IPS públicas al Ministerio de la Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2004

^{/1} Corte a 31 de diciembre de cada año.

Los datos recopilados, muestran que la cartera acumulada mayor a 90 días de las IPS públicas son de cerca de \$0,9 billones (2004), con una variación negativa real frente a la cartera acumulada a diciembre de 2005 del 10% . De otra parte, La participación relativa de los deudores se mantiene relativamente constante de 2004 a 2005. (Ver cuadro 3).

Cuadro 3
Cartera mayor a 90 días a diciembre de 2005, IPS públicas.
Millones de pesos de 2005¹³

Origen	Total	Composición	Peso de la cartera > 360 días por deudor en la cartera > 90 días
Régimen Subsidiado	297.097	30%	64%
Régimen Contributivo	142.109	14%	66%
Población Pobre Secretarías departamentales	233.469	23%	66%
Población Pobre Secretarías municipales y distritales	72.607	7%	65%
SOAT ECAT	84.475	8%	70%
Otros deudores	165.243	17%	75%
Total general	995.001	100%	67%

Origen	Total	Composición	Peso de la cartera > 360 días por deudor en la cartera > 90 días	Variación 2004-2005
Régimen Subsidiado	260.435	29%	56%	-12%
Régimen Contributivo	120.840	13%	68%	-15%
Población Pobre Secretarías departamentales	188.615	21%	61%	-19%
Población Pobre Secretarías municipales y distritales	76.945	9%	62%	6%
SOAT ECAT	76.045	8%	71%	-10%
Otros deudores	172.632	19%	65%	4%
Total general	895.512	100%	62%	-10%

Fuente: Información reportada por las IPS públicas al Ministerio de la Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2004

¹³ La composición de "Otros Deudores", que representa el 19% de la cartera mayor de 90 días es: 1) el 47% corresponde a cuentas no identificadas; 2) El 19% a IPS privadas; 3) el 7% a personas naturales; 4) el 7% entidades territoriales; 5) el 3.6% fuerza pública; 6) el 2.7% fosyga; 7) el 2.2% el magisterio; 8) el 5% de anticipos y 9) el 6.5% restante otros deudores identificados.

Al caracterizar por deudor la cartera de las IPS públicas se evidencia que en el caso del régimen subsidiado los principales deudores están constituidos por las ARS en liquidación, seguidas por ARS públicas y solidarias. En este sentido, es necesario señalar que la deuda de las administradoras liquidadas se consideran desde el punto de vista de saneamiento contable como deudas no recuperables y que por lo tanto deberían ser castigadas en los balances. En el régimen subsidiado de los \$260 mil millones de cartera mayor a 90 días, \$55 mil millones corresponde a ARS en liquidación¹⁴. Se debe tener en cuenta que de la cartera mayor a 360 días las ARS en liquidación pesan cerca del 35% (51 mil millones)

Una situación similar se observa en el régimen contributivo donde los principales deudores con cartera mayor a 90 días, corresponden a EPS públicas (38%) seguidos por EPS en liquidación (19%). En la cartera mayor a 360 días las EPS en liquidación pesan cerca del 25% (20 mil millones)

En cuanto a las entidades territoriales, es preocupante el crecimiento en el volumen de cuentas por cobrar a la direcciones municipales por el concepto de atención de población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, el crecimiento real es de cerca del 6%, tal como se presentó en el Cuadro 3. Lo anterior se asocia de una parte a que las entidades territoriales en algunos casos no han asumido su papel como compradores efectivos de servicios de salud, sin que se ejerzan procesos de auditoría clínica y de cuentas presentadas por las IPS, ni estén claramente definidos los aspectos claves de la contratación tales como tipo de servicios, tarifas, población a atender y otros aspectos en los contratos de prestación de servicios celebrados entre estas entidades y las IPS públicas¹⁵.

Es preciso resaltar que la importancia relativa de la cartera por deudor se correlaciona en casi todos los casos con la composición de los ingresos por venta de servicios por pagador. Las entidades territoriales explican el 21% de la cartera mayor a 90 días y el 47% de la venta de servicios; el régimen subsidiado explica el 29% de la cartera mayor a 90 días y el 33% de la venta de servicios.

Otras fuentes de información¹⁶ muestran, para 114 instituciones hospitalarias públicas y privadas, que la cartera mayor a 91 días, con corte a 31 de diciembre de 2005, es cerca de 526.7 mil millones de pesos. De estos 152.2 millones corresponden EPS del régimen contributivo; 215 mil millones al Estado; y 65.1 mil millones a Administradoras del Régimen Subsidiado.

¹⁴ Información con corte a 31 a junio 31 de 2006.

¹⁵ Es preciso señalar que no se dispone de información que permita determinar si los aportes patronales se contabilizan o descuentan de las deudas que las Entidades Territoriales tienen con las IPS públicas. Aunque la practica de incluir los aportes patronales en el contrato de prestación de servicios se ha incrementando, no se tiene certeza sobre dicho comportamiento de vigencias anteriores.

De otra parte, la Superintendencia de Salud¹⁷, señala que “en un porcentaje importante, las cuentas insolutas están determinadas por la inexistencia de contratos de prestación de servicios y la consecuente ausencia de topes y de disponibilidad presupuestal para dicha facturación” por parte de las entidades territoriales. En dicho sentido es importante desarrollar auditorías de cuentas y verificación de las mismas.

Los anteriores problemas tienen una explicación multicausal, asociada entre otras con la regulación del sistema, la vigilancia y control (IVC)¹⁸, y la deficiente gestión de facturación y recaudo por parte de las IPS.

Es preciso señalar que los problemas de dirección y regulación se reflejan en deficiencias en el diseño normativo, por ejemplo: 1) En el régimen subsidiado, las ARS justifican los retrasos en los pagos a los prestadores en razón a la mora en el pago de la prima del régimen subsidiado por parte de las entidades territoriales, utilizando como pretexto lo dispuesto en el parágrafo del artículo segundo del Decreto 882 de 1998¹⁹, quienes a su vez justifican las demoras por retrasos en los pagos desde el nivel nacional; 2) Los pagos que las aseguradoras²⁰ deben realizar a las IPS no están normalizados o no existen procesos y procedimientos claros; algunas aseguradoras no pagan las facturas parcialmente, así un porcentaje importante de las mismas esté debidamente justificado.

Los problemas de inspección, vigilancia y control que inciden en la cartera y el flujo de recursos, se pueden sintetizar en las múltiples funciones que la Superintendencia Nacional de Salud ostenta, las cuales afectan su capacidad de respuesta y acción en el esquema de aseguramiento propuesto por la ley. Actualmente la Superintendencia Nacional de Salud ejerce sus funciones en cinco áreas, que implican grados de capacidad y experticia diferente en IVC, a saber: 1) sobre el mercado de aseguramiento; 2) sobre el flujo de recursos y finanzas del sector salud; 3) sobre los prestadores; 4) los aportantes al sistema y 6) usuarios

¹⁶ Deudas a hospitales y clínicas a diciembre del 2005. Revista Hospitalaria año 8 N°48, Pág. 35-36. sobre 114 instituciones afiliadas ala Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC),

¹⁷ Oficio 4052-2-0296 dirigido al Departamento Nacional De Planeación.

¹⁸ Hace referencia al diseño institucional de la dirección y regulación.

¹⁹ El artículo 2 del decreto 882 de 1998 establece medidas cuando las EPS presentan moras mayores a 30 días, sin embargo determina que “ Esta disposición no será aplicable respecto de las entidades administradoras de del Régimen Subsidiado en tanto estas no reciban los recursos correspondientes por parte de los entes territoriales”

²⁰ Se incluyen aquí las entidades territoriales.

Si bien se han dado pasos para solucionar parte de la problemática a través de la expedición de normatividad que avanza en la posibilidad de hacer giros directos desde las diferentes puntos de la cadena a las IPS²¹, esto aun no es suficiente; puesto que hay que avanzar, no solo interviniendo en el flujo del recursos, sino en la eliminación de las condiciones determinantes de comportamientos perversos o que induzcan a ello²², lo cual hace necesaria la revisión de las condiciones para la operación del aseguramiento y la asunción de responsabilidades en la gestión territorial de las redes públicas de prestación de servicios (ley 175 de 2001, art. 44, parágrafo).

III. JUSTIFICACIÓN

Debido a que el problema de cartera afecta el correcto funcionamiento de las IPS²³: 1) al reducir el flujo de efectivo en la vigencia y por consiguiente inducir a un mayor endeudamiento (las deudas con proveedores pasaron de representar el 44% del total del pasivo hospitalario en 2002 al 62.4% en 2004)²⁴; y 2) al incrementar la rotación de cartera (en promedio el nivel 3 de atención ha incrementado la rotación de 214 a 244 días); se hace necesario definir estrategias que permitan avanzar en la solución de dicho fenómeno.

En forma adicional, se entiende que los puntos clave para afrontar la situación descrita se deben concentrar en acciones encaminadas a atacar los factores exógenos (propios del diseño del SGSSS en aspectos que tienen que ver con: la regulación; inspección, vigilancia y control; flujo de recursos e información) y endógenos (concernientes a la institución), que han incidido en la situación financiera actual de las IPS, especialmente las públicas.

Dentro de los aspectos a tratar se encuentran: 1) el diseño y operación del esquema de vigilancia y control; 2) los incentivos previstos en las normas que garanticen que los agentes aseguradores cumplan con condiciones idóneas para la administración del riesgo financiero; 3) el mejoramiento del flujo de

²¹ Decreto 050 de 2003 y 3260 de 2004, por medio de los cuales se adoptan medidas para incrementar el flujo financiero de los recurso del régimen subsidiado, en términos de tiempos y facultad de giro directos. Decreto 4396 de 2005, el cual reglamenta la función de los fondos locales de salud del régimen subsidiado y se autoriza el giro directo del municipio a las IPS públicas prestadoras de servicios cuando la ARS sean objeto de dicha medida.

²² El artículo 2 del decreto 882 de 1998 establece medidas cuando las EPS presentan moras mayores a 30 días, sin embargo determina que “ Esta disposición no será aplicable respecto de las entidades administradoras de del Régimen Subsidiado en tanto estas no reciban los recursos correspondientes por parte de los entes territoriales”

²³ El documento Conpes 3204 de 2004 expresa que: 1) **la cartera de los hospitales públicos con corte a mayo 31 del 2001 ascendía a 726.808 millones de pesos, de los cuales el 74% se considera recuperable**, 2) “los ingresos crecen año a año menos del 5%, mientras que el crecimiento de los gastos es mayor al 10%, 3) las asignaciones básicas de los hospitales públicos es mayor en 7 puntos que la de los hospitales privados, 4) la eficiencia en la producción no esta relacionada con el incremento de los gastos, 5) El crecimiento de los gastos se explica por el crecimiento del personal y lo costos laborales (inflexibilidades). 6) Según datos reportados por el Ministerio de Salud, los hospitales tenían acumulado a 31 de mayo de 2001 deudas por cerca de 1.015.074 millones de pesos, de los cuales el 51% correspondía a deuda laboral incluidos los aportes parafiscales, el 26% deuda con proveedores, el 7% a deudas financieras y el 16% restante está clasificada como otro tipo de deuda.

²⁴ Ministerio de la Protección Social, Política nacional de prestación de servicios, Noviembre de 2005 Página 72

recursos especialmente en el régimen subsidiado²⁵ y la definición de lineamientos o estándares en el pago de las cuentas glosadas y no glosadas; 4) la implementación de mecanismos claros y normados que permitan arbitrar los conflictos entre los proveedores y los compradores de servicios; 5) la identificación clara sobre las condiciones de permanencia en el SGSSS de los diferentes agentes; 6) la rendición de cuentas sobre la gestión de los gerentes de las IPS públicas y la generación de gobiernos corporativos en estas entidades; y 7) la generación e implementación de instrumentos que mejoren la capacidad técnica en la gestión financiera de las entidades; 7) la generación de capacidad técnica a las entidades territoriales; y 8) el fortalecimiento de los sistemas de información las IPS y las entidades territoriales.

Las anteriores consideraciones justifican el planteamiento de una estrategia que contribuya a la solución del problema de cartera con impactos favorables en la situación financiera de las IPS.

IV. ESTRATEGIAS

Es preciso entonces avanzar en dos frentes, con la aplicación de: 1) medidas coyunturales de corto plazo, encaminadas a solucionar la cartera acumulada; y 2) medidas estructurales de mediano plazo, que enfoquen las estrategias en la solución de los problemas estructurales que ocasionaron el actual nivel de cartera.

En este sentido, el adecuado flujo de recursos entre las distintas entidades que conforman el sistema y el pago oportuno por parte de los pagadores a las IPS por concepto de prestación de servicios es uno de los factores fundamentales en la búsqueda de la sostenibilidad de las instituciones, ligado a otros procesos de racionalización en el gasto y mejoramiento de sus procesos gerenciales, administrativos y asistenciales. Unido a lo anterior, y dada la complejidad de la problemática, se deben incorporar medidas normativas que modifiquen situaciones inaceptables y contraproducentes para la operación adecuada del SGSSS.

²⁵ La cadena del flujo de recursos es la siguiente: 1) la Nación gira al municipios (los recursos del fofyga, previo cumplimiento de los requisitos previstos en la normatividad vigente, y los recursos del sistema general de participaciones), 2) lo municipios, contratan con las administrados del régimen subsidiado (ARS) la prestación de los servicios, y conforme las condiciones contractuales se giran los recursos y 3) las ARS contratan bajo diferentes modalidades con las IPS (capita o eventos principalmente) y giran a su vez los recursos correspondientes.

4.1 Medidas coyunturales, de corto plazo.

Para el manejo de la cartera acumulada son en principio identificables al menos cuatro alternativas, para la aplicación de las alternativas es necesario valorar las deudas correspondientes, realizar las conciliaciones entre los agentes involucrados y contar con los soportes idóneos de la cartera que se pretenda solucionar con las acciones previstas en los puntos A, B y D.

Será necesario también para la implementación de las estrategias que la Superintendencia Nacional de Salud, la Contaduría General de la Nación, la Contraloría General de la República y las contralorías territoriales, en el marco de sus responsabilidades emitan las instrucciones correspondientes, con carácter urgente, que permitan el saneamiento contable de la cartera correspondiente dentro del marco legal y normativo vigente. De otra parte, la superintendencia Nacional de salud, conjuntamente con el Ministerio de la Protección Social, deberán liderar la coordinación y unificación de criterios entre los órganos aquí señalados.

- A. Venta de la cartera a operadores privados o públicos de activos improductivos.** Este mecanismo contempla la subasta pública o la venta a colectores.

La implementación de la alternativa que se adopte debe incorporar un análisis que permita identificar las responsabilidades en el financiamiento para la puesta en marcha de las mismas. El gobierno nacional podrá cofinanciar conjuntamente con las IPS públicas y las entidades territoriales los estudios a que haya lugar para el diseño, valoración, estructuración, venta de la cartera, diseño de términos de referencia y la posterior contratación de las empresas encargadas de desarrollar las iniciativas. En todo caso las juntas directivas de las IPS deberán aprobar los estudios realizados por entidades que hagan parte de una lista que para el efecto el gobierno nacional fije

Para implementar este mecanismo, los estudios deberán soportar la conveniencia de colocar la cartera en “subasta pública”, a la luz de la probabilidad del detrimento patrimonial. Es decir, el estudio deberá tener los suficientes elementos de juicio que permitan establecer que muy seguramente el daño patrimonial no se dará.

B. Cancelación de cuentas por cobrar: i) por prestación de servicios a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y ii) por deudas con las Administradoras del Régimen Subsidiado siempre y cuando estas tengan deudas con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Para la cancelación de las deudas que las entidades territoriales tengan con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) por **prestación de servicios a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda**, se tendrán en cuenta las deudas que fueron contraídas antes del 31 de diciembre de 2005 debidamente soportadas, conciliadas y reconocidas. Las IPS y entidades territoriales que apliquen a este mecanismo deberán conciliar los valores de los servicios prestados con base en el manual de tarifas del ISS 2004 actualizado a 2006, si el contrato no es por capitación. La fuente de financiación para este mecanismo, que financia régimen subsidiado, se utilizará por una sola vez, serán los excedentes de la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito ECAT del FOSYGA y los recursos provenientes del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera –FAEP-²⁶, correspondientes al Fondo Nacional de Regalías. Los giros de los recursos provenientes de las fuentes descritas se realizarán directamente a las IPS, los pagadores deberán autorizar este procedimiento para ser beneficiarios del mecanismo.

Para el pago de las deudas que las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) tengan con las IPS, siempre y cuando las entidades territoriales tengan deudas con las ARS, se tendrán en cuenta las deudas que fueron contraídas antes del 31 de diciembre de 2004 y que hoy están vigentes, debidamente soportadas, conciliadas y reconocidas. La fuente de financiación para este mecanismo serán los recursos provenientes del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera –FAEP-²⁷, correspondientes al Fondo Nacional de Regalías. Los giros de los recursos provenientes de la fuente descrita se realizará directamente a las IPS, los pagadores deberán autorizar este procedimiento para ser beneficiarios del mecanismo.

Tanto las entidades territoriales como las IPS que accedan a estos recursos y mecanismos deberán suscribir un acuerdo de gestión o convenios de desempeño con indicadores y metas, con la Nación (Ministerio de la Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud). La Nación incorporará en los convenios de desempeño mecanismos que induzcan el buen comportamiento de las entidades territoriales e IPS. Los acuerdos se realizarán con entidades viables y contendrán como

²⁶ Para el efecto el MHCP y el DNP realizarán los trámites legales y normativos a que haya lugar.

²⁷ Para el efecto el MHCP y el DNP realizarán los trámites legales y normativos a que haya lugar.

mínimo los compromisos de: (i) pagos oportunos, (ii) implementación de planes de gestión de cartera, (iii) implementación de sistemas de información, (iv) viabilidad financiera y producción.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud beneficiarias de esta estrategia deberán ser viables y sostenibles en el mediano y largo plazo. El DNP y el MPS definirán la metodología que permita evaluar la sostenibilidad y viabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Se deberán, igualmente, realizar convenios de desempeño con indicadores y metas a 10 años, donde se establezca, entre otros aspectos, que el acceso a los recursos estará condicionado al cumplimiento del compromiso por parte de las entidades territoriales y las ARS de ponerse al día en el pago de la cartera causada con posterioridad al 1 de enero de 2006, en el caso de deudas que las entidades territoriales tengan con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) por prestación de servicios a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y en la causada con posterioridad al 1 de enero de 2005, en el caso de las deudas que las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) tengan con las IPS. En todo caso los convenios de desempeño establecerán los efectos que el incumplimiento de los compromisos, indicadores y metas representen para las IPS y para las entidades territoriales

El DNP instrumentará la asignación de los recursos del FAEP y conjuntamente con el Ministerio de la Protección Social definirán la priorización de los mismos y las condiciones y contenido de los acuerdos de gestión o convenios de desempeño.

En el caso de las IPS que hayan recibido recursos de carácter territorial para el saneamiento de pasivos en el marco del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, cada entidad territorial, deberá efectuar el debido cruce de cuentas con las IPS. El saldo de este cruce de cuentas a favor de las IPS será el financiado con recursos del FAEP o ECAT según corresponda.

En todo caso, antes de proceder al reconocimiento y giro de los recursos, el Gobierno Nacional deberá realizar las auditorías que permitan identificar y valorar correctamente la cartera de las IPS debidamente cualificada, y conciliada por el pagador y el prestador.

Los anteriores mecanismos requieren autorización legal para el uso de los recursos en los fines aquí previstos. El reglamento deberá precisar las formas, condiciones y criterios para realizar los giros de los recursos a las IPS.

Alternativa o complementariamente a los recursos del FAEP y el ECAT podrán considerarse bajo los mismos requisitos previstos anteriormente, recursos de los saldos de la Ley 781 de 2002 y los del Sistema General de Participaciones de Propósito General y . Para el efecto, el Gobierno Nacional, en cabeza del MHCP, en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de la Protección Social, tramitarán los proyectos de ley o de decretos a que haya lugar.

- C. **Castigo o saneamiento contable de cartera no negociable.** La cartera no negociada o no vendida en el sistema de compra-venta o subasta pública, descrito en el literal A y B, debido a debilidades en la calificación de los soportes correspondientes, deberá ser castigada o saneada contablemente; ya que ésta es atribuible a la gestión directa del hospital, conforme la normatividad vigente.

La Superintendencia Nacional de Salud, la Contaduría General de la Nación, la Contraloría General de la República y las contralorías territoriales, en el marco de sus responsabilidades deberán emitir las instrucciones correspondientes, con carácter urgente, que permitan el saneamiento contable de la cartera correspondiente dentro del marco legal y normativo vigente.

- D. **Disponibilidad de capital de trabajo.** Dado que el precio de venta de la cartera adquirida por un tercero, los castigos de cartera por saneamiento contable y el pago por parte de las entidades territoriales, generarán ingresos inferiores a los contemplados en los estados financieros de las IPS públicas; ya que el valor de compra podrá ser inferior al valor facial²⁸, es necesario contar con un mecanismo que permita disponer de capital trabajo, debido al efecto sobre los pasivos exigibles y el patrimonio.

El descalce patrimonial que resulte de la venta de la cartera por un porcentaje inferior al valor facial, será cubierto mediante una “deuda subordinada” gradual, que debe ser contraída por la IPS pública con la entidad territorial. El Gobierno Nacional podrá destinar recursos para financiar una “deuda subordinada”. La suma será la equivalente al menor monto que resulte entre la diferencia del valor facial de la misma y el precio de la venta y las necesidades de caja representadas por los pasivos exigibles de cada hospital. Esta estrategia será aplicable para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas viables y sostenibles en el mediano y largo plazo.

²⁸ Valor que aparece en la factura respectiva.

Dicho endeudamiento gradual con la Entidad Territorial o el Gobierno Nacional (MHCP, MPS y DNP), estará sujeto a la suscripción, por parte de la IPS y entidades territoriales, de un convenio de desempeño que consagre metas y compromisos para ambos actores, basados en las proyecciones con las cuales se estableció la viabilidad financiera y técnica de las IPS y las responsabilidades en la prestación de los servicios de salud según corresponda. En todo caso cuando el mecanismo sea utilizado por el Gobierno Nacional (MHCP, MPS, DNP) la entidad territorial deberá: 1) suscribir corresponsablemente y conjuntamente con la IPS pública “la deuda subordinada” y 2) cumplir con las funciones que le corresponden en relación con la gestión de la red de prestación de servicios de salud.

El convenio de desempeño como mínimo contendrá: 1) los compromisos y metas de gestión encaminados a consolidar económica, financiera y administrativamente la IPS, incluida la cancelación de pasivos exigibles y la constitución de provisiones para obligaciones de largo plazo; 2) las consecuencias del incumplimiento de los mismos, entre las cuales se podrán determinar acciones de reestructuración, fusión o liquidación según corresponda; 3) la obligación de consultar, con la entidad que destine los fondos, las decisiones que se indiquen en el respectivo convenio, previa su adopción por parte de la administración de la IPS; 4) cumplimiento de las funciones, parámetros y roles definidos en la red de prestación de servicios de salud del departamento; 5) los eventos en los cuales el incumplimiento de los compromisos establecidos darán lugar a la remoción de los gerentes de las IPS; y 6) los eventos en los cuales el incumplimiento de los compromisos establecidos darán lugar a un juicio de responsabilidades a las juntas directivas y gerentes, por lo cual el convenio de desempeño deberá contener las obligaciones y compromisos respectivos²⁹.

El reglamento de emisión que se adopte, debe contemplar tanto el carácter gradual de la suscripción de la deuda que debe irse llevando a cabo de acuerdo con un plan desempeño, así como la posibilidad de exigibilidad inmediata por parte del suscriptor en caso del incumplimiento de alguna de las cláusulas del plan de desempeño.

Es preciso tener en cuenta que las IPS elegibles deberán tener definidos sus roles en la red de prestación de servicios de salud y ser viables, en un horizonte de 10 años. La viabilidad financiera, operativa, administrativa y técnica deberá ser definida por un tercero calificado.

²⁹ Para implementar los puntos 5 y 6 será preciso tramitar un proyecto de ley específico ante el Congreso de la República.

De otra parte y considerando los procedimientos descritos previamente para la valoración y calificación de la cartera, el Gobierno Nacional deberá considerar el espacio presupuestal necesario para la utilización progresiva de recursos de la Subcuenta ECAT no apropiados que permita atender la cartera efectiva e idónea causada y legalmente constituida **con cargo a esta fuente** con corte a 31 de diciembre de 2005. Así como revisar los procedimientos y tiempos para el pago de las facturas presentadas.

4.2 Medidas Estructurales, de mediano plazo

Es necesario redefinir y ajustar el diseño institucional en lo que hace referencia al esquema de regulación y vigilancia para el SGSSS, así como revisar y hacer exigibles las condiciones necesarias para el ejercicio de la actividad aseguradora, de las competencias territoriales y de las de prestación de servicios, en tal sentido:

1. El Gobierno Nacional en cabeza del MHCP, el MPS y el Ministerio de Comercio Industria y Turismo, en coordinación con el DNP, desarrollarán un estudio que permita definir la conveniencia técnica de implementar y redefinir competencias del esquema de inspección, vigilancia y control (IVC) acorde con el diseño institucional de IVC y el SGSSS, el estudio deberá contemplar como mínimo: (i) la definición del agente al cual se le deban asignar las competencias y las responsabilidades de inspección, vigilancia y control de las empresas aseguradoras³⁰ del sector salud en el SGSSS (superintendencia financiera o superintendencia nacional de salud); (ii) la asignación de las competencias y las responsabilidades de inspección, vigilancia y control a la Superintendencia Nacional de Industria y Comercio sobre la promoción de la competencia en el mercado de la salud mediante la determinación de infracciones a las disposiciones de prácticas comerciales restrictivas y competencia desleal; la determinación de las viabilidades de integración vertical, fusiones y obtención de control de empresas en el mercado de la salud que no afecten la libre competencia; y el abuso de la posición dominante en el mercado de servicios de salud para el SGSSS, entre otras³¹.

³⁰ Entre otros aspectos la superintendencia que tenga la competencia fijará los requerimientos mínimos patrimoniales, aspectos contables y declaratorios de prácticas inseguras en el SGSSS. Se entiende por empresas aseguradoras a las empresas promotoras de salud y a las administradoras del régimen subsidiado.

³¹ Entre otras acciones se encuentran las de adelantar investigaciones e imponer las sanciones por conductas violatorias del régimen de competencia que se defina para el SGSSS. Incluyendo investigaciones y sanciones por prácticas comerciales restrictivas de la competencia, abuso de posición dominante e integraciones empresariales.

2. Se fortalecerá la asignación de las competencias de regulación de la gestión de la demanda y la calidad en la prestación de los servicios de salud en cabeza del MPS y la responsabilidad en la vigilancia y control de la protección de los usuarios de servicios de salud y de la calidad en la prestación de los servicios para el SGSSS, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud. En relación con la regulación del sector se deberá crear una Comisión Reguladora, de carácter independiente, con inhabilidades e incompatibilidades, con el fin de tomar decisiones relacionadas con el funcionamiento del mercado de servicios de salud como aquellas que delimitan los contornos de la salud como un bien público.
3. Las superintendencias financiera y Nacional de Salud deberán unificar criterios en el área contable que permitan homologar los procesos y procedimientos del IVC en las aseguradoras.
4. El DNP en coordinación con el MPS y MHCP elaborarán una propuesta que permita una solución estructural en el flujo de recursos, para el efecto se considera necesario que el SGSSS cuente con un Administrador Cuentas del Sistema de Intercambios comerciales. Este mecanismo facilita que operen los flujos financieros en un mercado donde interactúa un número significativo de agentes oferentes y demandantes de servicios. Su función fundamental es la de ser agente neutral encargado de administrar (con base en un manual de operación) la asignación y remuneración de recursos para honrar las cuentas que tienen lugar al interior de un mercado. Por mandato de los integrantes del mercado esta en capacidad de liquidar los valores adeudados a los oferentes de servicios y de entregar la remuneración por tales servicios en nombre de los demandantes, garantizando la neutralidad y agilidad en el flujo de los recursos.

Los servicios que dicho administrador podría prestar son:

- Administración de cuentas: Tiene como finalidad determinar a quien corresponde cubrir obligaciones predeterminadas en el mercado y liquidarlas y cancelarlas en su nombre, sujeto a un reglamento de operación.
- Administración de Garantías: Tiene como finalidad asegurar el cumplimiento de las obligaciones que surjan a cargo de los agentes en el mercado.

- Sanciones comerciales: En cumplimiento de una regulación determinada el Administrador coordinaría sanciones para los agentes que presentan obligaciones incumplidas.
5. El MPS, en coordinación con el DNP, definirá los parámetros necesarios que justifiquen la creación, apertura o reapertura de IPS públicas o la creación de nuevos servicios de salud en las IPS existentes. Para el efecto, se tendrá en cuenta en todo caso la oferta instalada de servicios de salud pública y privada, la demanda y la viabilidad financiera, técnica y operativa, así como las necesidades de recursos para la puesta en marcha de la nueva oferta. En todo caso para la reapertura de un hospital público o la creación de uno nuevo se deberá contar con los estudios que muestren como mínimo los niveles de demanda, fuentes de financiación, la disponibilidad de oferta pública y privada en el territorio, la sostenibilidad, el estudio de precios y de mercado, y las proyecciones presupuestales, contables y financieras respectivas.
 6. Será necesario que el MPS, en el marco del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud: 1) cuantifique los servicios NO POS, su dinámica e impacto en la cartera hospitalaria; 2) implemente mecanismos de validación de la información de cartera generada por las IPS públicas, la antigüedad, la composición de la misma y los mecanismos de conciliación de cuentas y 3) se validen los valores de los aportes patronales que se financian con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones.
 7. Entre tanto se ejecuta el ajuste institucional propuesto en el punto 1, el Ministerio de la Protección Social tramitará un decreto que incentive a las ARS a cumplir con el papel de empresas aseguradoras; para tal efecto, modificará el Decreto 882 de 1998 con el fin de no condicionar el flujo y pago que las ARS deben hacer a las IPS al pago que los municipios deban hacer a las ARS.³² Así mismo, deberá evaluar y validar el efecto del Decreto 4693 de 2005 sobre la cartera hospitalaria.

³² Las deudas en mora y de vigencias anteriores que tiene los departamentos, distritos y municipios con las entidades administradoras del régimen subsidiado, según reporte de las mismas con corte a diciembre de 2004, suman 0.65 billones de pesos. Fuente Superintendencia Nacional de Salud Oficio 4052-2-0296.

8. Entre tanto se ejecuta el ajuste institucional propuesto en el punto 1, el Ministerio de la Protección Social incluirá dentro de los criterios de habilitación y permanencia, para las EPS y ARS,; 1) los estándares de habilitación y permanencia de las reservas técnicas y 2) un indicador o medida, que permitan incentivar y asegurar el pago de las cuentas por prestación de servicios de salud a las IPS en forma oportuna.
9. El MPS, la Superintendencia Nacional de Salud y la Contaduría General de la Nación deberán revisar y ajustar el Plan Único de Cuentas (PUC) con el fin de mejorar la transparencia, calidad y comparabilidad de la información contable. **Así mismo, el PUC deberá servir de herramienta de control, desempeño y gestión de las IPS.** El PUC deberá permitir la separación de costos y gastos en fijos y variables para determinar el margen de contribución del negocio; separación de los gastos atribuibles directamente a los productos y los que no son (gastos generales).

V. RECOMENDACIONES

El Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y el Departamento Nacional de Planeación, recomiendan al Conpes:

1. Adoptar las medidas estratégicas propuestas en el presente documento.
2. Solicitar al Ministerio de la Protección Social:
 - Desarrollar conjuntamente con el DNP las alternativas que hacen referencia a las medidas coyunturales, de corto plazo, las cuales deberán estar implementadas en 2007.
 - Realizar los desarrollos normativos previstos en el presente documento antes de febrero de 2007.
 - Presentar una iniciativa normativa, (PND o reforma Ley 100 de 1993) que permita el uso de las rentas cedidas para financiar la cartera hospitalaria por una sola vez, antes de febrero de 2007.

- Coordinar con la Contaduría General de la Nación la implementación efectiva del plan único de cuentas para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de acuerdo con los lineamientos del presente documento.
- Elaborar, en coordinación con el DNP, una iniciativa normativa, (PND o reforma Ley 100 de 1993) que permita evaluar la gestión de los gerentes de las IPS y establecer acuerdos de gestión evaluables. Esta acción se deberá realizar antes de febrero de 2007.
- Realizar un estudio técnico e implementar una medida que permita incluir en los estándares de habilitación y permanencia de las aseguradoras las reservas técnicas respectivas que permitan garantizar el pago de las deudas a los prestadores. Esta acción se deberá realizar antes diciembre de 2007.
- A través del Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud, promover el uso de metodologías que permitan a las entidades territoriales y a las Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud contar con herramientas estratégicas para la toma de decisiones inteligentes (con información), con el fin de mejorar la gestión. Será primordial avanzar en metodologías y soluciones blandas que permitan costear la producción de servicios, así como fortalecer la gestión de las entidades territoriales.
- Proponer y ejecutar un plan de choque que permita al Fosyga atender las deudas contraídas, así como revisar la operatividad de la subcuenta ECAT para garantizar que no haya represamientos de cartera en el futuro.
- Presentar una iniciativa normativa (PND o reforma Ley 100 de 1993) que permita la utilización de los recursos de la subcuenta ECAT para financiar la cartera hospitalaria por una sola vez, de acuerdo con lo previsto en este documento Conpes. Esta acción se deberá realizar antes febrero de 2007.
- Estudiar e implementar, en coordinación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, los mecanismos necesarios para la agilización del pago de recursos de las entidades territoriales y aseguradoras a las IPS públicas, de manera que el Gobierno Nacional pueda hacer giros directos a las IPS públicas por concepto del pago de sus

servicios. Para esto deberá presentar una iniciativa normativa (reforma Ley 100 de 1993) antes de febrero de 2007.

3. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público:

- Presentar una iniciativa normativa permita la utilización de los recursos del FAEP (los ahorros del Fondo Nacional de Regalías) para financiar la cartera hospitalaria. Esta acción se deberá realizar antes diciembre de 2006.
- Realizar el seguimiento a los compromisos adquiridos en el presente documento Conpes.

4. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, al Ministerio de la Protección Social y al Departamento Nacional De Planeación:

- Desarrollar los estudios e iniciativas que permita implementar un esquema de inspección, vigilancia y control (IVC) para el diseño institucional de IVC y el SGSSS. Para el efecto los mecanismos legales y normativos que se puedan desprender de las iniciativas deberán ser específicos en su objeto, y consultar lo previsto en el presente documento. Esta acción se deberá realizar antes de junio de 2007.

5. Solicitar FOGAFIN:

- Dar lineamientos al Gobierno Nacional sobre la solución del problema de cartera hospitalaria, especialmente en lo relacionado en al venta de la cartera vencida.

6. Solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud:

- Diseñar, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social, un mecanismo para la suscripción de acuerdos del pago de la cartera vieja de las entidades territoriales, entre la entidad territorial y la Superintendencia Nacional de Salud, como condición para la no sanción. Dichos acuerdos deben realizarse siguiendo los lineamientos de los acuerdos de gestión propuestos en este documento Conpes. Esta acción deberá realizarse antes de enero de 2007.

- Incluir la totalidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad en el programa de conciliación y pagos que adelanta dicha institución. La Superintendencia Nacional de Salud deberá rendir informes cada cuatro meses sobre el avance del programa al Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de la Protección Social y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público. El informe contendrá como mínimo la caracterización público, privado, tamaño, antigüedad, análisis y recomendaciones para la solución de la problemática.
7. Solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Contraloría General de la Nación y a la Contaduría General de la Nación:
- Emitir las instrucciones que permitan a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas sanear contablemente sus cuentas, teniendo en cuenta, entre otras, las alternativas aquí propuestas. Se requerirá que la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la Nación y la Contaduría General de la Nación coordinen con los organismos de control nacionales y territoriales la puesta en marcha de esta estrategia. Esta acción se deberá realizar antes de marzo de 2007.
8. Solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Superintendencia Financiera:
- Unificar criterios en el área contable que permitan homologar los procesos y procedimientos del IVC en las aseguradoras.
9. Seguimiento y evaluación:
- El DNP realizará el seguimiento de las acciones contenidas en el presente documento y el MPS deberá realizar un seguimiento semestral y evaluación que permita determinar los resultados de las medidas sobre: 1) la cartera hospitalaria, 2) mejoras en la gestión de las entidades territoriales, las IPS públicas y las aseguradoras. El DNP, en conjunto con el MPS, con base en la información remitida por este último, elaborará y presentará al Conpes Social los resultados respectivos así: 1) Un primer Conpes Social de Seguimiento en Junio de 2008, 2) un Conpes Social de seguimiento y evaluación intermedia en diciembre de 2008 y 3) un Conpes Social de evaluación final en junio de 2009.

- En todo caso se deberá incluir en el SIGOB: 1) un indicador de la evolución de la cartera hospitalaria pública por niveles de atención y edad y, 2) un indicador sobre el flujo de recursos. Para el efecto, el MPS y el DNP deberán definir los indicadores correspondientes antes del 31 de diciembre de 2006.