USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

ALCALDÍA DE MANIZALES
Secretaría de Salud Pública

ESTUDIOS PREVIOS
CONVENIO INTERADMINISTRATIVO

De conformidad con lo establecido en los numerales 7 y 12 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993 y el artículo 2.2.1.1.2.1.1 del decreto 1082 de 2015, se procede a elaborar el presente Estudio Previo, acompañado de los documentos que lo soportan, con el fin de realizar la siguiente contratación directa:

Del principio de la planeación en la contratación del Estado

Los principios de transparencia[1], responsabilidad[2], selección objetiva[3], economía[4], planeación[5], precaución[6] y buena fe[7], aplicables a la contratación estatal, y en particular a los Contrato y Contrato interadministrativos, imponen una serie de deberes a las entidades estatales que deseen vincularse con otras de la misma naturaleza pública, relacionadas con: (i) el conocimiento acerca de la idoneidad, experiencia, capacidad institucional y antecedentes de la conducta contractual de la otra entidad pública contratante; (ii) identificación de los riesgos que puedan amenazar su ejecución y la concepción de instrumentos para impedir su realización o la mitigación de sus efectos en caso de materializarse y (iii) de actuar con alto grado de prudencia con el fin de prevenir conductas de incumplimiento. En concreto, los citados principios implican que en los estudios previos que sustentan la contratación, la entidad estatal contratante cuente con toda la información disponible sobre la entidad contratista -según el evento-, para lo cual

---

[1] El principio de transparencia (art. 24 de la Ley 80 de 1993, art. 2 Ley 1150 de 2007) es de imperativa aplicación en los Contrato y Contrato interadministrativos celebrados por las entidades estatales, pues si bien a través de estos negocios jurídicos -en los que se compromete su gestión y los recursos del patrimonio público para facilitar el cumplimiento de las funciones a ellas asignadas- se flexibiliza el régimen jurídico contractual en algunos aspectos -por ejemplo, la modalidad de selección o la exigencia de garantías, entre otros-, su celebración y ejecución, además de ser imparcial, alejada de todo favoritismo y, por ende, extraña a cualquier motivo de carácter subjetivo (político, económico o familiar, etc.), es decir, objetiva, debe hacerse en forma visible, diáfana, clara, motivada, pública, abierta y accesible a los interesados y a la comunidad, quienes así pueden controvertirla y ejercer un control de esta forma de contratación.. "El principio de transparencia, previsto en el artículo 24 de la Ley 80 de 1993 garantiza otros principios, entre los que se encuentran los de imparcialidad, igualdad, moralidad y selección objetiva en la contratación, para lo cual se instrumenten procedimientos de selección, con actuaciones motivadas, públicas y controvertibles por los interesados, con el fin de elegir la mejor oferta." (...) "El principio de transparencia persigue la garantía que de en la formación del contrato, con plena publicidad de las bases del proceso de selección y en igualdad de oportunidades de quienes en él participen, se escoja la oferta más favorable para los intereses de la administración, de suerte que la actuación administrativa de la contratación sea imparcial, alejada de todo favoritismo y, por ende, extraña a cualquier factor político, económico o familiar. Por consiguiente, este principio aplicado a la contratación pública, excluye una actividad oculta, secreta, oscura y arbitraria en la actividad contractual y, al contrario, propende por una selección objetiva de la propuesta y del contratista del Estado para el logro de los fines de la contratación y la satisfacción de los intereses colectivos, en forma clara, limpia, pulcra, sana, ajena a consideraciones subjetivas, libre de presiones indebidas y en especial de cualquier sospecha de corrupción por parte de los administradores y de los particulares que participan en los procesos de selección contractual del Estado." Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, Consejera Ponente: Dra. Ruth Stella Correa Palacio, del 28 de mayo de2012, Radicación número: 07001-23-31-000-1999-00546-01(21489).

[2] El principio de responsabilidad, impone al servidor público la rigurosa vigilancia de la ejecución del contrato, incluida la etapa precontractual, por cuanto atribuye la obligación de realizar evaluaciones objetivas sobre las propuestas presentadas, de acuerdo con los pliegos de condiciones efectuados con anterioridad.

[3] El principio de selección impone que *"la oferta que sea seleccionada deberá ser aquella que haya obtenido la más alta calificación como resultado de ponderar los factores o criterios de selección establecidos en los documentos de la licitación, concurso o contratación directa"*. (Consejo de Estado; Sala de lo Contencioso Administrativo; Sección tercera; C.P. Dr. Mauricio Fajardo Gómez; Sentencia 15324 de agosto 29 de 2007). Al respecto, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha dicho que el principio de selección objetiva implica que *"la escogencia se hace al ofrecimiento más favorable a la entidad y a los fines que ella busca, sin tener en consideración factores de afecto o de interés y, en general, cualquier clase de motivación subjetiva"* (Corte Suprema de Justicia; Sala de casación penal; Sentencia No. 30933 de mayo 26 de 2010)

[4] En cumplimiento del principio de economía (art. 25 de la Ley 80 de 1993), y también del deber de planeación y del principio de buena fe precontractual, las entidades estatales no pueden iniciar procesos de contratación si con antelación al inicio del proceso de selección del contratista no han analizado la conveniencia o inconveniencia del objeto a contratar y obtenido las autorizaciones y aprobaciones para ello (No. 7 art. 25), o no han elaborado los estudios, diseños y proyectos requeridos, y los pliegos de condiciones (No. 12 art. 25).

[5] El principio constitucional de planificación y el deber de planeación contractual que surge del mismo, implica la necesidad de una política y conducta Estatal anticipadora y preventiva, con la cual se evite la producción de un daño con ocasión de posibles comportamientos que puedan generar incumplimientos por las entidades estatales involucradas en general en los Contrato, incluyendo los Contrato y Contrato interadministrativos (arts. 1, 2, 90, 334, 339, 341 y 365 C.P., 25, 26 y 50 y ss. Ley 80 de 1993). *"El deber de planeación, en tanto manifestación del principio de economía, tiene por finalidad asegurar que todo proyecto esté precedido de los estudios de orden técnico, financiero y jurídico requeridos para determinar su viabilidad económica y técnica y así poder establecer la conveniencia o no del objeto por contratar; si resulta o no necesario celebrar el respectivo negocio jurídico y su adecuación a los planes de inversión, de adquisición o compras, presupuesto y ley de apropiaciones, según el caso; y de ser necesario, deberá estar acompañado, además, de los diseños, planos y evaluaciones de prefactibilidad o factibilidad; qué modalidades contractuales pueden utilizarse y cuál de ellas resulta ser la más aconsejable; las características que deba reunir el bien o servicio objeto de licitación; así como los costos y recursos que su celebración y ejecución demanden."* Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, Consejera Ponente: Dra. Ruth Stella Correa Palacio, del 28 de mayo de2012, Radicación número: 07001-23-31-000-1999-00546-01(21489).

[6] El deber contractual de planeación permite desplegar una conducta preventiva frente a circunstancias concretas de riesgo y, por ende, aplicar el principio de precaución en la contratación estatal, de acuerdo con el cual las autoridades tienen el deber jurídico de proceder, frente a una situación concreta de riesgo, con prudencia y con la adopción de las medidas efectivas que eviten su concreción y la generación de daños y perjuicios con grave afectación del interés general y la satisfacción de las necesidades públicas.

[7] Los Contrato deben celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligan no solo a lo pactado expresamente en ellos sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural (artículos 1603 C.C. y 871 C.Co.). En el ámbito de la contratación estatal la buena fe, principio general del derecho elevado a canon constitucional en el artículo 83 C.P., se traduce en la obligación de rectitud y honradez recíproca que deben observar las partes en la celebración, interpretación y ejecución de negocios jurídicos, esto es, el cumplimiento de los deberes de fidelidad, lealtad y corrección tanto en los actos, tratos o conversaciones preliminares enderezados a preparar la producción o formación del contrato, como durante el transcurso y terminación del vínculo jurídico contractual ya establecido..

podrá requerirla si fuere el caso de la otra entidad con la que celebrará el negocio jurídico, de manera que sea dicho conocimiento el que sustente objetivamente la conveniencia de contratar o no con otra entidad estatal en su carácter de contratista

Según lo tiene ya establecido la jurisprudencia[8], dentro de los principios capitales que de antaño han informado la actividad contractual del Estado[9], ocupa especial lugar el de economía, una de cuyas manifestaciones es la planeación[10]. Por virtud de ésta la entidad estatal contratante está en el deber legal (Ley 80 de 1993 numerales 7, 12, 25 y 26 del artículo 25, e inciso segundo del numeral 1º del artículo 30) de elaborar, antes de emprender el proceso de selección del contratista, los estudios completos y análisis serios que el proyecto demande, los cuales inciden en la etapa de formación del Contrato y en forma – si se quiere más significativa - en su etapa de ejecución[11]. Reglas que imponen, según lo indicado por la jurisprudencia, que:

> "[N]o se puede licitar ni contratar la ejecución de una obra sin que previamente se hayan elaborado los planos, proyectos y presupuesto respectivos, y determinado las demás especificaciones necesarias para su identificación. Esta determinación previa de las condiciones sobre las cuales se va a desarrollar el Contrato conlleva obligatoriamente que los estudios y demás especificaciones permitan a las partes llevar a feliz término el objeto del Contrato, en cuyo desarrollo los interesados pueden adelantar la actividad correspondiente dentro de un marco de confiabilidad recíproca de los factores y condiciones que la Administración ofrece y las condiciones y resultados que con base en ellos el contratista asume..."[12]

En tal virtud, el deber de planeación, en tanto manifestación del principio de economía, tiene por finalidad asegurar que todo proyecto esté precedido de los estudios de orden técnico, financiero y jurídico requeridos para determinar su viabilidad económica y técnica y así poder establecer la conveniencia o no del objeto por contratar; si resulta o no necesario celebrar el respectivo negocio jurídico y su adecuación a los planes de inversión, de adquisición o compras, presupuesto y Ley de apropiaciones, según el caso; y de ser necesario, deberá estar acompañado, además, de los diseños, planos y evaluaciones de prefactibilidad o factibilidad; qué modalidades contractuales pueden utilizarse y cuál de ellas resulta ser la más aconsejable; las características que deba reunir el bien o servicio objeto de licitación; así como los costos y recursos que su celebración y ejecución demanden. De otra parte, en cumplimiento también del deber de planeación y del principio de buena fe precontractual, las entidades estatales no pueden iniciar procesos de contratación si no existen las respectivas partidas o disponibilidades presupuestales (No. 6 art. 25 Ley 80 de 1993); igualmente, deben con antelación al inicio del proceso de selección del contratista analizar la conveniencia o inconveniencia del objeto a contratar y obtener las autorizaciones y aprobaciones para ello (No. 7 art. 25 ibidem), así como elaborar los estudios, diseños y proyectos requeridos, y los pliegos de condiciones (No. 12 art. 25 ídem).[13]

1. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD QUE EL MUNICIPIO PRETENDE SATISFACER CON LA CONTRATACIÓN.

De acuerdo a las competencias asignadas en los artículos 6 y 12, de la Ley 10[14] de 1990, en concordancia con el numeral 5, de artículo 3, de la Ley 136 de 1994, modificado por el artículo 6 de la Ley 1551[15] de 2012, y el artículo 44 de la Ley 715[16] de

---

[8] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 19 de junio de 2008, exp. AP-19001-23-31-000-2005-00005-01, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

[9] El artículo 72 del Decreto 150 de 1976 ya hacía referencia a este punto. Asimismo, el decreto 222 de 1983 implícitamente hacía referencia a él en el numeral 2º del artículo 30, en el artículo 46, en el parágrafo 1º del artículo 83 y de manera expresa en el artículo 84 referido a los Contrato de obra pública.

[10] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 3 de diciembre de 2007, Radicados: 1100-10-326-000-2003-000-14-01 (24.715) y otros –acumulados-, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

[11] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 29 de agosto de 2007, Radicación número: 52001-23-31-000-1996-07894-01(15469), C. P. Mauricio Fajardo Gómez.

[12] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 15 de mayo de 1992. En sentido similar ver Consejo de Estado, sentencia de 19 de junio de 1998, exp.10.439.

[13] Modificado por el artículo 32 de la Ley 1150 de 2007 y luego por el artículo 87 de la Ley 1474 de 2011.

[14] *"Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de salud y se dictan otras disposiciones"*

[15] *"Por la cual se dictan normas para modernizar la organización y el funcionamiento de los Municipios"*

[16] *"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"*

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

2001, le corresponde a **EL MUNICIPIO** como director y coordinador del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, apoyar el desarrollo de los programas de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad para garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, que conforme al artículo 49 de la Constitución Política, le corresponde brindar al Estado.

El postulado traído en el artículo 13 Superior al determina que *"El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta"*; se desarrolla en las competencias asignadas en los artículos 12 de la Ley 10 de 1990, 44 de la Ley 715 de 2001, modificada por la Ley 1438 de 2011, correspondiéndole a los municipios en su jurisdicción, apoyar el desarrollo de los programas de salud.

La atención en salud constituye un servicio público a cargo del Estado y como tal se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, servicio que por su naturaleza debe ser prestado en forma permanente e ininterrumpida, habida cuenta que la falta de la prestación del servicio en salud afectaría gravemente el derecho fundamental a la vida y de contera a la salud.

Consecuente con lo expuesto la Seguridad Social[17] ha sido entendida en el artículo 48 de la Constitución Política de 1991 como *"un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la Ley"*. Aunado a ello, en el artículo 49, ídem, se indica que para que efectivamente toda persona pueda acceder a los servicios de salud, al Estado le corresponde cumplir las obligaciones[18] de: (i) organizar, (ii) dirigir y (iii) regular la prestación de los servicios de salud; (iv) establecer las políticas para la prestación de los servicios por parte de entidades privadas, y ejercer (v) su vigilancia y (vi) control; (viii) establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y (ix) determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley. Por lo que, aunado a lo expuesto, es obligación del Estado: (i) *Establecer el Sistema*; (ii) *Definir* qué entidades y personas lo pueden integrar, y ((iii) *Qué labores* puede desempeñar cada uno; (iv) Cómo pueden los particulares participar en la prestación de los servicios y en qué términos; (v) así como también, establecer quiénes aportan al Sistema y en qué cantidades, esto es, definir el flujo de recursos del Sistema.

A su vez, el avance de la jurisprudencia proferida por la Corte Constitucional ha llevado a la salud a ser interpretada a la luz de la Sentencia T-491 de 1992[19], como un derecho por conexidad, y bajo la Sentencia SU-111 de 1997[20], como como un derecho prestacional. En este mismo sentido, en las Sentencias T-406 de 1992[21], T-420 de 1992[22], T-016 de 2007[23], C-463 de 2008[24], se fija que "*la fundamentalidad de los derechos no depende – ni puede depender – de la manera como estos derechos se hacen efectivos en la práctica. Los derechos todos son fundamentales pues se conectan de manera directa con los valores que las y los constituyentes quisieron elevar democráticamente a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución*", y se trata a la salud como un derecho fundamental.

En su momento, en interpretación amplia de la Sentencia T-760 de 2008[25], se dijo que ésta había cerrado la brecha respecto al tema de la salud al señalar que "*El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental*", pero en verdad dicho reconocimiento que ya ha sido dado en otras providencias; por ello en el apartado 3.2. de la citada sentencia, la Corte Constitucional es clara en señalar que *"En la presente sentencia, la Sala de Revisión no entra a analizar el concepto de 'derecho fundamental'. Esta categoría es objeto de sinnúmero de debates doctrinarios y judiciales que no se pretenden zanjar*

---

[17] En la Sentencia T-192 de 2019, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, citando a la Sentencia T-742 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa, se afirma: *"la seguridad social es un verdadero derecho fundamental autónomo –calificado como "derecho irrenunciable" según el inciso 2° del artículo 48 constitucional; consagrado como "derecho de toda persona" de acuerdo al artículo 9° del PIDESC, el cual hace parte del bloque de constitucionalidad; y, finalmente, definido como "derecho humano" por parte del CDESC en la observación general número 19-".*

[18] Ver numeral 4.1.3. de la Sentencia t-760 de 2008.

[19] M.P Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz

[20] M.P Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz

[21] M.P. Dr. Ciro Angarita Barón

[22] M.P. Dr. Simón Rodríguez Rodríguez

[23] M.P. Dr. Humberto Antonio Sierra Porto

[24] M. P. Dr. Jaime Araújo Rentería

[25] M.P. Dr. Manuel José Cepeda Espinosa

en el presente proceso. Por ello, no entra a definir qué es un derecho fundamental, en general, ni cuáles son los criterios para su identificación o delimitación, entre otras cuestiones."
En esta Sentencia, la Corte Constitucional citando al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de las Naciones Unidas, considera que el derecho a la salud *"en todas sus formas y a todos los niveles"* abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación depende de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte, a saber, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, determinando que por disponibilidad debe entenderse *"un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas."*

La Corte Constitucional, siguiendo la misma línea del precedente ya expuesto, en la Sentencia T-235 de 2018[26], en cuanto a los elementos del derecho fundamental a la salud, ha destacado que se trata de los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional; señalando que la disponibilidad implica que el Estado tiene el deber de garantizar la existencia de medicamentos esenciales, agua potable, establecimientos, bienes, servicios, tecnologías, instituciones de salud y personal profesional competente para cubrir las necesidades en salud de la población. [27]

Debe afirmarse que lo normado en el inciso segundo *in fine* del ya mencionado artículo 49 de la Constitución Política, en el que se indica: "*Corresponde al Estado (...), establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley* (...)", esto se puede entender en concordancia con lo reglamentado en el artículo 44 de la Ley 715 de 2001, cuando ordena que "*corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción*", para lo cual cumplirán las funciones allí establecidas, sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones. Postulados normativos que están en consonancia con lo dicho en el inciso 2 del artículo 174 de la Ley 100 de 1993, en el que se dijo: "*De conformidad con las disposiciones legales vigentes, y en especial la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993, corresponde a los departamentos, distritos y municipios, funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda*".,

Lo anterior lleva a afirmar que la atención en salud para la Población Pobre No Afiliada - PPNA - al Sistema General de Seguridad Social en Salud está a cargo de la entidad territorial de acuerdo a sus competencias como está indicado en el literal a) del artículo 6 de la Ley 10 de 1990, en concordancia con el literal b) del artículo 157 de la Ley 100 de 1993, el artículo 44 de la Ley 715 de 2001, los artículos 20 y 26 de la Ley 1122 de 2007, todo ello en armonía de la Resolución 5261 de 1994, y del artículo 2.5.3.3.3 del Decreto 780 de 2015, precisando que para el primer nivel de atención en la baja complejidad el recurso humano profesional requerido está indicado en los artículos 13 y 14 del Decreto 1762[28] de 1990.

A su vez, el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, ordena que "*Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud*", llevó a que la población vinculada o población pobre no afiliada, de que trata el literal b) del artículo 157 de la Ley 100 de 1993, desapareciera, como de suyo no son referidos en el Decreto 780 de 2016.

Ausencia normativa que anotara la Corte Constitucional en la Sentencia T- 611 de 2014, cuando dijo: "*La introducción del artículo 32 (de la Ley 1438 de 2011) implicó no solo la desaparición de la figura de "participantes vinculados" del artículo 157 de la Ley 100 de 1993, sino que además, generó una mayor carga en las entidades territoriales, ya que es en estas últimas, en quienes recae el deber de asumir de manera activa la obligación de garantizar un verdadero*

---

[26] M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado
[27] Tema sobre el que han versado, entre otras, las Sentencias T-199 de 2013. M. P. Alexei Julio Estrada; T-234 de 2013. M. P. Luis Guillermo Guerrero Pérez; T-384 de 2013. M. P. María Victoria Calle Correa; T-361 de 2014. M. P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; y T-121 de 2015, M.P. Dr. Luis Guillermo Guerrero Pérez.
[28] *"Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990, en cuanto a la organización de los servicios de salud que se prestarán en los municipios del país."*

acceso al servicio de salud a toda aquella población pobre no asegurada, que no tiene acceso al régimen contributivo, máxime cuando se ha establecido el carácter de fundamentalidad del derecho a la salud." (Paréntesis fuera de texto)

El aparente vacío normativo, con el que se creyó llegar a la afiliación universal ante el Sistema General de Seguridad Social en Salud llevó a que, atendiendo a que los recursos del Estado son escasos y por ende, siempre habrá de haber población no afiliada, en el inciso 2 del artículo 236 de la Ley 1955 de 2019, se dijo: "***Los gastos en salud que se deriven de la atención a población pobre que no haya surtido el proceso de afiliación definido en el presente artículo, serán asumidos por las entidades territoriales***", afirmación que está en armonía con el numeral 32.2 del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, el cuál es contundente al precisar que "Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente",

De la misma manera, dentro de los lineamientos previstos por la Constitución Política y la Ley 100 de 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud está regido por unos principios especiales entre los que se destaca el de la ***"continuidad en el servicio"*** como un desarrollo de los principios de eficacia y universalidad, cuyo fin es garantizar a los titulares del derecho a la atención en salud que han ingresado al Sistema General de Seguridad Social, una ininterrumpida, constante y permanente prestación de los servicios de salud con el fin de garantizar la protección de sus derechos a la vida y a la salud, como se prevé en la Sentencia T-185 de 2006[29].

El principio de *continuidad* en el servicio implica que la atención en salud no podrá ser suspendida al paciente, cuando se invocan exclusivamente razones de carácter administrativo. Precisamente, la Corte Constitucional ha sostenido que "*una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio, de manera que el mismo no sea suspendido o retardado, antes de la recuperación o estabilización del paciente.*"[30]. La importancia de este principio radica, primordialmente, en que permite amparar el inicio, desarrollo y terminación de los tratamientos médicos, lo que se ajusta al criterio de integralidad en la prestación[31].

Otrora, el precedente previsto en la Sentencia T–536 de 2007, afianzando el *principio de continuidad*, afirmó que en el servicio público de salud no puede suspenderse la atención médica a sus afiliados ni a sus beneficiarios. Connotación ya predicada por la Corte Constitucional en la Sentencia T–406 de 1993 cuando señala que, en la Constitución Política de 1991, se tiene dicho que los servicios públicos son el medio por el cual el Estado realiza los fines esenciales de servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes constitucionales. Para ello, uno de los principales principios que rige la prestación de los servicios públicos, entre ellos el de salud, es el *principio de continuidad*, el cual se deriva del propio texto constitucional y de la Ley. La citada Sentencia indica: "*El servicio público responde por definición a una necesidad de interés general; ahora bien, la satisfacción del interés general no podría ser discontinua; toda interrupción puede ocasionar problemas graves para la vida colectiva. La prestación del servicio público no puede tolerar interrupciones*".

En lo que respecta a la continuidad en la prestación del servicio de salud, debe señalarse además que este es un principio que implica que la atención en salud no podrá ser suspendida al paciente, cuando se invocan exclusivamente razones de carácter administrativo[32]. Razón por la que la Corte Constitucional ha sostenido que "*una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio, de manera que el mismo no sea suspendido o retardado, antes de la recuperación o estabilización del paciente.*"[33] La importancia de este principio radica, primordialmente, en que permite amparar el inicio, desarrollo y terminación de los tratamientos médicos, lo que se ajusta al criterio de integralidad en la prestación. [34]

[29] M.P. Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra
[30] Sentencias T-234 de 2013 y T-121 de 2015, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.
[31] Véanse, entre otras, las Sentencias T-586 de 2008, T-234 de 2013, T-121 de 2015, T-016 de 2017 y T-448 de 2017.
[32] Sentencia T-091 de 2018.
[33] Sentencias T-234 de 2013 y T-121 de 2015, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.
[34] Sentencias T-586 de 2008, T-234 de 2013, T-121 de 2015, T-016 de 2017 y T-448 de 2017.

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

Por su parte, el principio de *oportunidad* se refiere a "*que el usuario debe gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para recuperar su salud, sin sufrir mayores dolores y deterioros. Esta característica incluye el derecho al diagnóstico del paciente, el cual es necesario para establecer un dictamen exacto de la enfermedad que padece el usuario, de manera que se brinde el tratamiento adecuado.*"[35]. Este principio implica que el paciente debe recibir los medicamentos o cualquier otro servicio médico que requiera a tiempo y en las condiciones que defina el médico tratante, a fin de garantizar la efectividad de los procedimientos médicos[36].

De otro lado, hay que indicar que la Ley 1751 de 2015[37], en el artículo 2 determina que "*el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo*", que incluye principios y elementos esenciales e interrelacionados, entre los que merecen destacarse: el principio de la **continuidad precisando que** *las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas; y* el de la **oportunidad para señalar que** *la prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.*

De la mano con estos principios, también merecen especial pronunciamiento: el principio de **disponibilidad** para señalar que el Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente; el de la **accesibilidad** para indicar que los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información; y el de la **calidad e idoneidad profesional, referido a que l**os establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecido.

No puede olvidarse en este amplio abanico de elementos y principios que nutren el derecho fundamental a la salud, el principio **pro homine** que lleva a señalar que *las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.*

Así mismo en el artículo 8, señala que ***la integralidad**, hace referencia a que los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.*

Todo esto lleva a señalar que, lo dispuesto en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991 y lo estatuido en la Ley 1751 de 2015, parodiando a la Corte Constitucional[38] ambas normas respecto de la naturaleza y el contenido del derecho a la salud reconocieron, explícitamente, una doble connotación: primero (i) como derecho fundamental autónomo e irrenunciable, que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad

[36] Sentencia T-460 de 2012, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio, reiterada en la Sentencia T-433 de 2014, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.
[38] Sentencia T-121 de 2015, MP. Luis Guillermo Guerrero
[37] "*por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*"
[38] Sentencia T-171 de 2018, M.P. Cristina Pardo Schlesinger. Reiterado en la Sentencia T-118 de 2022, M.P. (E) Karena Caselles Hernández

para la preservación y la promoción de la salud; segundo, (ii) como un servicio público esencial obligatorio cuya prestación eficiente, universal y solidaria se ejecuta bajo la indelegable responsabilidad del Estado.[39]

Atendiendo a que los artículos 48 y 49 de la Constitución Política se ocupan de la Seguridad Social, determinándolo como un derecho irrenunciable que le asiste a todas las personas, hay que traer a colación que respecto del carácter fundamental de dicho derecho, la Corte Constitucional en la Sentencia T-468 de 2007[40] señaló que una vez provista la estructura básica del Sistema General de Seguridad Social, las prestaciones que lo componen y las autoridades responsables de brindarlas, y además, una vez establecida una ecuación constante de asignación de recursos en la cual están llamados a participar los beneficiarios del sistema y el Estado como último responsable de su efectiva prestación *"(...) la seguridad social adquiere el carácter de derecho fundamental(...)".*

Consecuente con lo anotado, en materia de salud, el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, si bien tiene fundamento directo en el artículo 49[41] de la Carta Política, ha tenido un amplio e importante desarrollo por parte del Legislador.

La Ley 100 de 1993, por la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, estipuló en el Libro II, que el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS - cubre a todos los residentes en el país y, por lo tanto, todas las personas tienen la posibilidad de participar en él[42]; unos en su condición de (i) afiliados al régimen contributivo, otros como (ii) afiliados al régimen subsidiado. Los primeros son las personas vinculadas a través de Contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Los segundos son las personas sin capacidad de pago para cotizar al sistema; se trata de la población más pobre y vulnerable del país a la que se le subsidia su participación en el SGSSS[43].

Además de estos dos tipos de participantes del SGSSS, el Legislador también reguló la atención en salud de un tercer grupo: la Población Pobre No Asegurada – PPNA - que no se encuentra afiliada al régimen contributivo ni al subsidiado, que carece de medios de pago para sufragar los servicios de salud[44], y son quienes, mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan Contrato con el Estado[45].

---

[39] El artículo 1 de la ley en cita establece que: "La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección". Por su parte, el artículo 2 dispone: "El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. // Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado".

[40] M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[41] Artículo 49 de la Constitución Política. *"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*
Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.
Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.
La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.
Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad (...)"

[42] Artículo 156 de la Ley 100 de 1993

[43] Artículo 157 de la Ley 100 de 1993

[44] Sobre este tercer grupo, la Corte Constitucional se pronunció en Sentencia T-210 de 2018 y recordó que la Sentencia T-611 de 2014 estableció que la introducción del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 implicó no solo la desaparición de la figura de participantes vinculados del artículo 157 de la Ley 100 de 1993, sino que además, *"generó una mayor carga en las entidades territoriales, ya que es en estas últimas, en quienes recae el deber de asumir de manera activa la obligación de garantizar un verdadero acceso al servicio de salud a toda aquella población pobre no asegurada, que no tiene acceso al régimen contributivo, máxime cuando se ha establecido el carácter de fundamentalidad del derecho a la salud"*. En otras palabras, después de esta norma, los entes territoriales tienen el deber de afiliar al Régimen Subsidiado a toda la población pobre que resida en su jurisdicción, y no se encuentre asegurada. La anterior regla jurisprudencial fue reiterada por esta Corporación en la Sentencia T-614 de 2014 al analizar el caso de un menor de edad al que la Secretaría de Salud del Distrito de Bogotá y el Fondo Financiero del Distrito de Bogotá le negaron la afiliación al sistema debido a que no se había realizado la encuesta para clasificarlo en el Sisbén. En esta ocasión, el Distrito aplicó erróneamente la extinta figura de los "participantes vinculados" y, por ende, omitió dar aplicación al artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, prolongando en el tiempo la afiliación de la peticionaria y su hijo al régimen subsidiado de salud.

[45] Artículo 157 literal b), de la Ley 100 de 1993

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

Aquí debe señalarse que la población local, vinculada, migrante y procedente de otros municipios, ha incrementado la demanda de la prestación del servicio de salud de baja complejidad, reiterando que el ingreso a este servicio se realiza por "*el primer nivel o por el servicio de urgencias*", como está ordenado en el parágrafo del artículo 2 de la Resolución 5261 de 1994, referida al "*Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*"- MAPIPOS -; y se resalta que el acceso a la prestación del servicio de salud correspondiente al primer nivel de atención, lo garantiza el ente territorial municipal como está determinado en el literal a) del artículo 6 de la Ley 10 de 1990, a través de la respectiva contratación de prestación de servicios de salud que suscriba con las Empresas Sociales del Estado, como lo ordena el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, atendiendo a la prohibición anotada en el artículo 31 de la misma Ley, cuando refiere que "*[e]n ningún caso se podrán prestar servicios asistenciales de salud directamente por parte de los Entes Territoriales.*"

Ahora, en lo que respecta a la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, hay que señalar que la Ley 100 de 1993, no se ocupa en determinar ni comprender la disponibilidad o suficiencia de establecimientos de salud públicos o privados ni de centros de atención de la salud, como tampoco determina a cargo de quién está dicha responsabilidad; sólo los definió, como se indica en los artículos 185, y 194, ibidem, como igualmente se desprende del tantas veces citado, artículo 6 de la Ley 10 de 1990.

En ese orden de ideas, la referida Ley en el artículo 185, no define las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, pero enseña que su función se circunscribe a prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la citada Ley.

Aquí es necesario señalar que las IPS se han clasificado, de acuerdo con su naturaleza jurídica, en públicas, privadas y mixtas; y su categorización está de acuerdo con el nivel complejidad de los servicios por prestar.

De manera académica hay que precisar que la clasificación de prestadores por niveles de complejidad nace con la Ley 10 del 10 de enero de 1990, en la cual se establecieron responsabilidades a municipios y departamentos en la prestación de servicios, de acuerdo con tres niveles de atención. En el primer nivel, la Ley, de manera genérica, clasifica a hospitales locales, centros y puestos de salud; en el segundo y tercero, los hospitales regionales, universitarios y especializados. Posteriormente, el Decreto 1760 del 2 de agosto de 1990, que reglamentó la mencionada Ley, fijó los criterios para definir el grado de complejidad. Así, las entidades de primer nivel ofrecen atención por personal general, técnico y auxiliar, tecnología de baja complejidad y cobertura de atención tanto a la población del municipio como a la de aquellos municipios cercanos que no tuvieran cobertura. Las entidades de segundo nivel ofrecen atención por personal especializado, tecnología de mediana complejidad y cubrían poblaciones con uno o más municipios que gozaran del primer nivel de atención. Asimismo, las instituciones de tercer nivel cuentan con personal especializado y subespecializado, tecnología de la más alta complejidad y cobertura de segundo y tercer nivel de atención.

Dentro de esta clasificación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, como se anotó, deben contarse las de carácter público, que con fundamento en el artículo 194 de la Ley 100 de 1993 "*las Empresas Sociales del Estado, 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*", y acorde con los numerales 1 y 2 del artículo 195, ídem, en el "*nombre deberá mencionar siempre la expresión "Empresa Social del Estado*", y tienen por objeto *la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.*

Estas Empresas son las entidades a través de las cuales la entidad territorial – el Municipio de Manizales lo es – debe prestar los servicios de salud como está ordenado en el pluricitado artículo 6 de la Ley 10 de 1990, que cobra vigencia al ser citado en el inciso 2 del artículo 174 de la Ley 100 de 1993, cuando ordena que "*corresponde a los (...) municipios, (las) funciones*

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda", en consonancia con el artículo 194, id, cuando indica que "*la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará a través de las Empresas Sociales del Estado*". Ordenes normativas que están dentro del marco de los artículos 20, 26, y 31, de la Ley 1122 de 2007

Compaginando lo anotado en precedencia, es preciso indicar que por tratarse la Empresa Social del Estado – ESE - de *una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las entidades territoriales*, como está previsto en el numeral 8 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993.

Aunado a lo dicho en el numeral 8 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el artículo 14 de la Ley 617 de 2000 *"Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley orgánica de presupuesto, el decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional"* previó una prohibición al sector central departamental, distrital o municipal para efectuar transferencias a las empresas de licores, a las loterías, a las empresas prestadoras de servicios de salud y a las instituciones de naturaleza financiera de propiedad de las entidades territoriales o con participación mayoritaria de ellas, distintas de las ordenadas por la Ley o de las necesarias para la constitución de ellas y efectuar aportes o créditos, directos o indirectos bajo cualquier modalidad, la cual en sus inicios integro a las empresas prestadoras de servicios de salud la cual fue declarada posteriormente inexequible tal y como se explica a continuación.

La Corte Constitucional, con ponencia del Magistrado Dr. Jaime Córdoba Triviño, en la Sentencia C – 540 de 2001, luego del análisis de constitucionalidad del artículo 14 de la Ley 617 de 2000, determinó:

> *"(…) las Empresas Prestadoras del Servicio de Salud a que alude el artículo 14 de la Ley 617, cuya finalidad prioritaria no es la de reportar utilidades económicas sino beneficio social. Su función está directamente vinculada al cumplimiento de los fines esenciales y de las obligaciones sociales del Estado, en el marco general del Estado social de derecho (C.P., arts. 1, 2 y 49). Además de no estar comprendidas en las actividades señaladas en el artículo 336 de la Constitución, por la naturaleza de su actividad, los criterios para determinar su eficiencia no pueden ser exclusivamente de carácter económico ni de rentabilidad financiera. //Por las anteriores razones las Empresas Prestadoras del Servicio de Salud no pueden recibir el mismo tratamiento que las demás entidades señaladas en el inciso primero del artículo 14, razón por la cual se declarará la inexequibilidad de la referencia que hace el artículo 14 a este tipo de Empresas.//Para estas entidades las pérdidas en su actividad económica no deben conducir inexorablemente a su liquidación, en cuanto su finalidad primordial no es la de generar rentas a las entidades públicas sino la de participar con su actividad en el cumplimiento de los fines esenciales del estado social de derecho (C.P., arts. 1º y 2º). Se precisa que la decisión de la Corte no implica que estas empresas queden exentas de las obligaciones de eficiencia, cobertura, actualización tecnológica, sistema tarifario y demás aspectos señalados en la Ley para ellas, pues la naturaleza de su objeto social no permite establecer un régimen de excepción al acatamiento de los principios de la función administrativa consagrados en el artículo 209 de la Constitución Política."*

A su vez, la Ley 1122 de 2007, en el artículo 27 al determinar la regulación las Empresas Sociales del Estado, invistió de precisas facultades especiales y temporal al Gobierno Nacional, para reglamentar, como está ordenado en el literal c), "*las condiciones y requisitos para que la Nación y las entidades territoriales puedan transferir a las Empresas Sociales del Estado (ESE), recursos cuando por las condiciones del mercado la ESE, en condiciones de eficiencia, no sean sostenibles.*" Referencia normativa que fue objeto de estudio de constitucionalidad en la Sentencia C-953 de 2007, M.P.: Dr. Manuel José Cepeda Espinosa, advirtiendo que tal facultad ya está prevista en el numeral 8 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, precisando que: "*el hecho de que la Ley 100 de 1993 haya determinado dentro del régimen jurídico de las ESE, la posibilidad de recibir transferencias, dada la naturaleza de su servicio y la importancia que para el Sistema de Salud*

revisten estos recursos, justifica que mediante la Ley 1122 de 2007 se haya concretado esa necesidad ya definida por Ley, y se le haya permitido al Gobierno la reglamentación pertinente."

Aunado al fundamento jurisprudencial ya citado para apalancar los giros de que trata el numeral 8 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, es necesario señalare que en el inciso 2 del artículo 38 de la Ley 812[46] de 2003, ordenó que: "***La transferencia de recursos no constituye modalidad de pago. Solo podrán transferirse recursos cuando procuren garantizar los servicios básicos por entidades públicas donde las condiciones del mercado sean monopólicas y las entidades prestadoras no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, conforme las condiciones y requisitos que establezca el Reglamento. El CNSSS definirá los servicios básicos de que trata el presente artículo.***"

Este postulado normativo fue derogado en el artículo 276 de la Ley 1450[47] de 2011, habiendo reproducido en el artículo 157[48] la anterior facultad de Ley bajo la siguiente literatura: *"La transferencia de recursos no constituye modalidad de pago. Solo podrán transferirse recursos cuando procuren garantizar los servicios básicos por entidades públicas donde las condiciones del mercado sean monopólicas y las entidades prestadoras no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, conforme las condiciones y requisitos que establezca el reglamento"*. La vigencia de esta viabilidad está predicada en los artículos 267 de la Ley 1753[49]de 2015, y este a su vez en los artículos 336 de la Ley 1955[50] de 2019, 372 de la Ley 2294[51] de 2023

Así pues, connotando que la prestación del servicio de salud se efectúa, por preferencia de la Ley, a través de las Empresas Sociales del Estado – Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público – éstas pueden recibir transferencias directas de los presupuestos de las entidades territoriales para apalancar su funcionamiento y disponibilidad, en el entendido que la atención de la salud es un servicio público y un derecho fundamental cuya garantía al acceso compete directamente al Estado, atendiendo igualmente al querer jurisprudencial cuando se afirma que la *finalidad prioritaria* de las Empresas Sociales del Estado *no es la de reportar utilidades económicas sino el beneficio social*.

En este orden de ideas, hay que señalar que el **Hospital General San Isidro ESE**, es una Empresa Social del Estado, entidad pública, descentralizada, del orden municipal, creada mediante el Decreto Extraordinario 490 de agosto 10 de 1991 de la Alcaldía de Manizales y reestructurado mediante Decreto Extraordinario Municipal 143 del 31 de marzo de 1995, adscrita a la Secretaría de Salud Pública, que tiene por objeto la prestación del servicio público de salud, correspondiente al nivel de baja complejidad, e integral de la red pública de prestadores del servicio de salud en el municipio de Manizales; cambiando su nombre de *Geriátrico* a *General* por disposición del Acuerdo 0944 del 13 de febrero de 2017, pudiendo prestar servicios por complementariedad en la mediana complejidad, como está indicado en el Acuerdo 1062 del 20 de noviembre de 2020, ambos proferidos por el Concejo de Manizales; entidad debidamente habilitada acorde con los lineamientos del Decreto 780 de 2016, compilatorio del Decreto 1011 de 2006.

Atendiendo a lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, en el artículo 27 del Decreto Extraordinario Municipal 143 de 1995, y en el artículo 98 del Acuerdo 027 del 23 de octubre de 1995, que integra los Estatuto del Hospital General San Isidro ESE, proferido por su Junta Directiva, la citada entidad hospitalaria ***puede recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales***.

De suyo, el Municipio de Manizales como director y coordinador del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, requiere garantizar a la población la disponibilidad de instituciones de salud, contando

---

[46] **"Por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, hacia un Estado comunitario"**
[47] "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014"
[48] Artículo vigente a la fecha según lo dispuesto por el artículo 336 de la Ley 1955 de 2019, 'por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"', publicada en el Diario Oficial No. 50.964 de 25 de mayo 2019
[49] "por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"
[50] "por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"
[51] "por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida" "

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

con la existencia de servicios y tecnologías, así como de programas de salud, personal médico y profesional competente, exigidos en el nivel de baja complejidad.

De lo anterior se concluye que el Municipio de Manizales, atendiendo a la normatividad citada – artículo 49 de la Constitución Política, Ley 10 de 1990, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 - como ente territorial debe garantizar acceso al servicio de salud a toda la población con todos los atributos de la calidad entre los que se citan la integralidad, la continuidad, la oportunidad, y muy especialmente a la población pobre no afiliada, como está indicado en el artículo 236 de la Ley 1955 de 2019, para lo cual el Municipio, buscando una mayor equidad en el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha venido celebrando Contratos interadministrativos de prestación de servicios de baja complejidad con la Red Hospitalaria en el Municipio.

Lógicamente, para garantizar el principio de la continuidad del servicio de salud, el Municipio debe garantizar que Hospital General San Isidro ESE mantenga sus servicios de salud disponibles las 24 horas del día, los siete (7) días a la semana en disponibilidad permanente durante la vigencia del CONTRATO. Para cumplir con las obligaciones asignadas, la citada ESE debe realizar la contratación de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y demás personal de salud y administrativo necesario además de disponer de insumos, medicamentos, equipos y servicios tendiente a garantizar una atención de acuerdo a los principios y estándares de calidad exigidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad - SOGC., para aquellos servicios habilitados de baja complejidad por la ESE.

Aunado a las obligaciones generales como lo es el garantizarle a la comunidad la prestación y continuidad de los servicios de salud, el Municipio requiere que por parte del Hospital General San Isidro ESE se garantice el cubrimiento de emergencias, el cubrimiento de grandes eventos de ciudad, el cubrimiento de visitas de personalidades y otros, mediante dispositivos de prevención especial que requieran disponer de ambulancias y/o de personal de la salud. Además, no puede pretermitirse la atención de la población migrante, atendiendo a que el Ministerio de Salud y Protección Social, en la Circular 025 de 2017, solicita a los gobernadores, a los alcaldes y a los secretarios de salud adelantar acciones en seis frentes de trabajo para asegurar a la población migrante proveniente de Venezuela y determinar los niveles de atención en salud.

Las acciones prioritarias son la coordinación intersectorial, particularmente con las autoridades migratorias y del sector social; el desarrollo de capacidades en problemas de salud habituales de inmigrantes; la afiliación al sistema de salud para quienes cumplan los requisitos; el control de alimentos y bebidas que ingresan al país; la vigilancia de brotes y epidemias; y las intervenciones colectivas, entre las que se incluyen la denuncia de situaciones de violencia y el fortalecimiento de espacios de convivencia. El Ministerio de Salud determinó las capacidades prioritarias que se deben fortalecer en el ámbito regional para hacer frente a la ola migratoria, las cuales son las relacionadas con salud mental, derechos sexuales y reproductivos, identificación de enfermedades infecciosas y la atención a maternas y niños.

Atendiendo a esta Circular ministerial respecto de la atención en salud de extranjeros debe precisarse que las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentran establecidas en el Decreto 780 del 6 de mayo de 2016, expedido por el Gobierno Nacional Social. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 2.1.3.1 y 2.1.3.4 de dicha normativa, la afiliación se realiza por una sola vez y con ella se adquieren todos los derechos y obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La norma establece que en el caso de la población extranjera, para afiliarse y acceder a la totalidad de los servicios del SGSSS, debe reunir las exigencias indicadas en los numerales 5 o 6 del artículo 2.1.3.5 del anotado Decreto, esto es, disponer de *5. Cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda, para los extranjeros; o, 6. Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad refugiados o asilados".* Llevando a que en los artículos 2.1.5.4.1. y 2.1.5.4.2. se regule lo pertinente a la atención en salud de la población migrante venezolana y de las personas que se encuentren detenidas sin condena o cumpliendo medida de aseguramiento en centros de detención transitoria.

Dadas las magnitudes, la dinámica creciente y la permanencia en el tiempo de la situación generada por el fenómeno migratorio venezolano, que implica volúmenes inusitados de personas vulnerables, originadas en las condiciones que vive el país vecino, en materia política, económica y de salubridad, y la presencia de población privada de la libertad – PPL – como de quienes no ha gestado su clasificación Sisbén o afiliación al Sistema, el Hospital General San Isidro ESE viene soportando el costo de las atenciones mencionadas, debiendo garantizar, como Institución Prestadora de Servicios de Salud y de acuerdo a sus servicios habilitados, la continuidad y disponibilidad de los mismos, aun así; en la mayoría de casos, no se dé una contraprestación consecuente con los servicios proporcionados a la población.

Es importante tener en cuenta la normatividad sobre movilidad de afiliados entre regímenes prevista en el artículo 2.1.7.7 del Decreto 780 de 2016 y en la Resolución 2635 de 2014 modificada por la Resolución 0122 de 2015, la cual configura un riesgo adicional para la sostenibilidad financiera del Hospital General San Isidro ESE, toda vez que los afiliados del régimen subsidiado que se trasladan a la EPS del régimen contributivo, no regresan a la capitación de la baja complejidad que oferta el Hospital General San Isidro ESE, generando por lo tanto una disminución en los ingresos que por concepto de unidad de pago por capitación (UPC) recibe la entidad.

No puede perderse de vista que el Hospital General San isidro ESE es una de las entidades a través de las cuales se realiza atención a la población no afiliada e identificada como pobre cuya cantidad es reducida; sin embargo, con corte al 30 de octubre de 2024, el Programa de Aseguramiento de la Secretaría de Salud Pública reporta que en la jurisdicción hay 4.583 habitantes desafiliados y retirados del Régimen Contributivo, con nivel superior de acuerdo a las metodologías del SISBEN, así: en metodología Sisbén III nivel superior se encuentran 3.533 usuarios y en la metodología Sisbén IV nivel D hay 1.050 usuarios. Dicha clasificación fue establecida como punto de corte en el Nivel 1 del Sisbén el Grupo A1 a B7, y para el Nivel 2 del Sisbén el Grupo C1 a C18, conforme a la Resolución 1870 de 2021.

A efecto de garantizar la disponibilidad de los servicios de salud de baja complejidad a la población objeto, el Municipio de Manizales recibió la justificación del CONTRATO de sostenibilidad emitido por la Gerente(e) del Hospital General San Isidro ESE, en la que se expone la situación financiera de la ESE y su producción, evidenciándose la necesidad de que esta cuente con nuevos recursos económicos a efecto de poder continuar garantizando la disponibilidad institucional de baja complejidad en forma ininterrumpida las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en lo que corresponde a los servicios de la baja complejidad, los que deben estar dentro del marco de habilitación exigido por el artículo 2.5.1.1.1. y siguientes del Decreto 780 de 2016, y las Resoluciones 0256 de 2016 y 3100 de 2019 y sus anexos.

El Hospital General San Isidro ESE, en oficio del 11 de diciembre del año en curso, cuyo asunto es "Solicitud recursos de sostenibilidad", precisa:
"(...)

El **Hospital General San Isidro E.S.E** es una institución comprometida con la salud de la comunidad, ofreciendo una gama de servicios esenciales de baja complejidad en el marco de los atributos de calidad y accesibilidad, asegurando que todos los habitantes tengan atención médica continua y de calidad, independientemente de su situación.

ANÁLISIS FINANCIEROS Y ECONÓMICOS

5.1 Ingresos insuficientes por Pagos Parciales

El hecho de que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) solo estén consignando alrededor el 50% en promedio del valor facturado por los servicios prestados al hospital genera serias limitaciones en el flujo de caja. Esto implica que el hospital no reciba la totalidad de los ingresos que debería por los servicios que ya ha brindado, afectando directamente su capacidad para operar de manera eficiente y cubrir sus compromisos financieros.

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

En términos prácticos, esta situación impacta negativamente la capacidad del hospital para cubrir sus costos operativos, como salarios del personal, adquisición de medicamentos e insumos, y pago a proveedores. Esto no permite que la entidad pueda garantizar un servicio de mayor calidad a los pacientes. El hecho de operar con menos de la mitad de lo que se factura deja a la entidad en una situación financiera frágil y con serias dificultades para planificar a largo plazo.

La situación ideal sería que el hospital pudiera recaudar al menos el 80% de la facturación mensual. Este porcentaje permitiría un mayor margen de maniobra para afrontar los gastos operativos inmediatos, mientras se lleva a cabo el proceso de conciliación de cuentas y cruce de cartera con las EPS, lo que ayudaría a definir el monto restante por cobrar. Con un mayor nivel de recaudación, la sostenibilidad financiera de la entidad estaría mejor garantizada, permitiendo que el hospital mantenga sus operaciones y cumpla con su misión de prestar atención médica de calidad.

VENTA SERVICIOS DE SALUD		
RECONOCIMIENTO SEPTIEMBRE 2024	RECAUDO SEPTIEMBRE 2024	PORCENTAJE EJECUCION
$ 5.479.419.886	$ 3.191.123.536	58%

Fuente de información Minsalud, SIHO – Corte Sep 30 de 2024

En los datos actuales, se observa una facturación total de $5.479.419.886, el hospital solo ha recaudado $3.191.123.536 lo que representa el 58% del total facturado. Esta brecha significativa entre lo facturado y lo recaudado pone en evidencia la magnitud del problema financiero que enfrenta la institución. Esta situación no solo afecta la capacidad operativa inmediata, sino que también genera incertidumbre sobre la posibilidad de garantizar la continuidad de los servicios en el futuro cercano.

5.2. Impacto en el Flujo de Caja

Retrasos en los pagos: Cuando las EPS realizan pagos parciales del 50% o menos y, además, glosan (rechazan o ajustan ciertas facturas), el hospital enfrenta una considerable presión financiera. Estos pagos incompletos y las devoluciones generan un ciclo negativo en el flujo de caja, ya que la institución debe esperar más tiempo para recibir el 50% restante. Esta demora afecta directamente su capacidad para cubrir obligaciones diarias como el pago de nómina, proveedores, costos operativos, comprometiendo la estabilidad financiera y operativa del hospital.

Glosas y Devoluciones: Las glosas o rechazos de facturas por parte de las EPS agravan aún más el problema, al requerir un proceso adicional de revisión y reclamación. Este procedimiento implica la elaboración de resúmenes de pagos ajustados y revisados, lo cual prolonga el tiempo para recibir los fondos completos. Además de los pagos parciales, el hospital se ve obligado a destinar tiempo y recursos administrativos para gestionar estas aclaraciones y resolver los reclamos, afectando tanto la eficiencia operativa como el flujo de caja.

5.3. Impacto en la Operación y Sostenibilidad Institucional

El hospital depende críticamente de los ingresos provenientes de la facturación a las EPS para mantener su operatividad. La falta de liquidez, derivada de los pagos parciales y las glosas, tiene un impacto profundo en su capacidad para funcionar de manera eficiente y cumplir con sus objetivos. Estas limitaciones financieras generan una serie de consecuencias adversas que comprometen tanto la calidad del servicio como la sostenibilidad a largo plazo.

- **Afectación en la calidad del servicio:** La disminución del flujo de caja dificulta al hospital mantener los niveles de calidad en la atención que requiere la comunidad. La falta de recursos suficientes impide actualizar o reparar equipos médicos, adquirir los insumos necesarios y cubrir los costos operativos diarios, como

salarios y servicios esenciales. Esto puede llevar a un aumento en la rotación del personal, ya que la incapacidad de pagar salarios competitivos o brindar estabilidad laboral afecta la retención de talento. Además, la infraestructura puede deteriorarse progresivamente, reduciendo la capacidad del hospital para ofrecer atención oportuna y de calidad a sus pacientes, lo que a su vez puede afectar su reputación en el mediano y largo plazo.

- **Dificultad en la inversión en infraestructura:** Los pagos retrasados y la incertidumbre respecto a los montos finales a recibir limitan severamente la capacidad del hospital para realizar inversiones críticas en infraestructura. La actualización y adquisición de equipos médicos, la implementación de nuevas tecnologías y la modernización de las instalaciones son esenciales para mejorar la competitividad y cumplir con los estándares de calidad en la atención. Sin embargo, la falta de liquidez impide planificar y ejecutar proyectos de inversión a largo plazo, lo que afecta la capacidad del hospital para mantenerse al día con los avances médicos y tecnológicos que mejoran la atención al paciente.

- **Reducción en la capacidad operativa:** La incertidumbre financiera reduce la capacidad del hospital para operar a plena capacidad. Esto se traduce en limitaciones para atender a más pacientes, reducir los tiempos de espera y ofrecer servicios habilitados de baja complejidad, lo que podría genera una sobrecarga en el personal médico y asistencial, comprometiendo aún más la calidad del servicio prestado. Además, la falta de liquidez obliga al hospital a postergar procedimientos o limitar el acceso a ciertos tratamientos, afectando directamente a los pacientes más vulnerables.

- **Incremento en los costos administrativos**: La necesidad de gestionar constantemente las glosas y pagos pendientes implica un aumento en los costos administrativos. Los recursos humanos y de tiempo que se destinan a la revisión, reclamación y conciliación de facturas podrían utilizarse en otras áreas operativas críticas. Este proceso, que además puede extenderse durante meses, consume valiosos recursos financieros que podrían estar mejor invertidos en la atención directa al paciente o en la mejora de los servicios.

- **Compromiso de la sostenibilidad financiera:** La combinación de pagos parciales, glosas y retrasos en el recaudo genera un ciclo financiero negativo que pone en riesgo la sostenibilidad a largo plazo del hospital. La falta de liquidez constante limita la capacidad de planificación estratégica, comprometiendo la viabilidad de la institución en el futuro. Sin un flujo de ingresos predecible y adecuado, el hospital se enfrenta a dificultades para cumplir con sus obligaciones financieras, lo que nos lleva a una situación de endeudamiento o a depender excesivamente de fuentes externas de financiamiento, dificultando aún más su operación diaria.

5.4. Dependencia de las EPS

El hospital enfrenta una dependencia significativa de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para la recepción de los pagos por los servicios prestados. Esta relación de dependencia coloca al hospital en una situación de vulnerabilidad, ya que su estabilidad financiera y operativa está directamente vinculada a la puntualidad y suficiencia de los pagos de las EPS. Sin un sistema dinámico de regulación que garantice el cumplimiento de estas obligaciones, el hospital enfrenta múltiples riesgos que pueden comprometer su sostenibilidad.

- **Riesgo de insolvencia:** Si las EPS continúan demorando los pagos o devolviendo facturas de manera frecuente, el hospital corre el riesgo de insolvencia. Al no recibir los recursos a tiempo, se genera un desbalance en el flujo de caja que dificulta la capacidad del hospital para cumplir con sus obligaciones financieras, como el pago de nómina, proveedores y mantenimiento de equipos e infraestructura. Este escenario puede llevar a una acumulación de deudas que, si no se gestionan de manera adecuada, podrían precipitar una crisis financiera que afectaría gravemente la operación del hospital.

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

- **Restricción en la capacidad de negociación:** La falta de mecanismos efectivos que obliguen a las EPS a cumplir con los pagos también restringe la capacidad del hospital para negociar mejores condiciones contractuales. Esta dependencia de las EPS, combinada con la ausencia de regulaciones estrictas, limita la posibilidad de establecer sanciones por retrasos o glosas injustificadas, dejando al hospital en una posición de desventaja. Además, la incertidumbre en los pagos afecta la planificación financiera y operativa, lo que reduce la capacidad del hospital para implementar mejoras en sus servicios o hacer inversiones a largo plazo.

- **Impacto en la planificación y sostenibilidad:** Esta dependencia genera una vulnerabilidad estructural, ya que el hospital no tiene control total sobre los ingresos que debería recibir por los servicios prestados. La falta de previsibilidad en los pagos dificulta la planificación a largo plazo, obligando al hospital a operar en un entorno de incertidumbre constante. Esto afecta tanto la sostenibilidad financiera como la capacidad de ofrecer un servicio de calidad, ya que se requieren recursos constantes para mantener una operación eficiente.

5.5. Falta de regulación y control

La situación financiera del hospital se ve agravada por la falta de una regulación efectiva que supervise y garantice el cumplimiento de los pagos por parte de las EPS. Sin un ente regulador fuerte que se encargue de monitorear y exigir que las EPS paguen a tiempo y de manera justa, el sistema de salud se vuelve ineficiente, afectando tanto a los hospitales como a los pacientes que dependen de ellos para recibir atención oportuna y de calidad.

- **Consecuencias de la falta de regulación:** En ausencia de un marco regulatorio que garantice el cumplimiento de las obligaciones financieras por parte de las EPS, el hospital queda expuesto a recibir pagos tardíos, incompletos o sujetos a constantes glosas. Esto provoca un ciclo de inestabilidad financiera que no solo afecta la operación diaria del hospital, sino también su capacidad de crecimiento y su futuro. La falta de control sobre este aspecto clave del sistema de salud incrementa la incertidumbre y genera un entorno propicio para la insolvencia.

- **Impacto en la calidad del servicio:** La falta de una regulación efectiva no solo afecta al hospital desde un punto de vista financiero, sino que también tiene repercusiones directas en la calidad del servicio que se ofrece a los pacientes. Al no contar con los recursos necesarios para operar de manera óptima, el hospital podría verse obligado a reducir su personal, limitar la adquisición de insumos y medicamentos, o posponer inversiones en infraestructura y tecnología. Todo esto compromete gravemente la atención que los pacientes reciben y, a largo plazo, socava la confianza en el sistema de salud.

6. PRESUPUESTO 2024

6.1. Presupuesto Inicial:

A comienzos de la vigencia 2024, el Hospital General San Isidro ESE contaba con un presupuesto aprobado de **$12.732.843.110**, el cual estaba destinado principalmente a cubrir la nómina de planta por los 12 meses del año, así como los gastos de funcionamiento y operación comercial para los primeros cuatro meses. Este presupuesto inicial reflejaba una planificación conservadora, priorizando los aspectos esenciales de la operación para asegurar la continuidad de los servicios.

Sin embargo, durante el transcurso del año, entre enero y noviembre, se hicieron necesarias una adición presupuestal y algunos traslados internos para cubrir los gastos obligatorios y garantizar que la prestación de los

servicios no se viera comprometida. Como resultado de estas acciones, el presupuesto definitivo al cierre de noviembre de 2024 alcanzó los **$15.223.402.180.**

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la sostenibilidad financiera del Hospital General San Isidro ESE, ya que, para cumplir con el pago de sus obligaciones y asegurar una operación continua y de calidad, es imprescindible contar con una adecuada gestión de recursos que permita cubrir tanto los costos de personal como los gastos operativos y de inversión a lo largo del año.

6.2. Ejecución de Ingresos

En términos generales, tenemos que los ingresos corrientes por la venta de servicios de salud y su respectivo recaudo, se puede evidenciar que el porcentaje de ejecución se encuentra por debajo del 80%, lo que refleja un menor ingreso efectivo frente a lo proyectado inicialmente. Esto significa que el hospital no ha logrado recaudar los ingresos necesarios para cumplir con las metas financieras propuestas, afectando su capacidad operativa.

RUBRO	NOMBRE	DEFINITIVO A NOVIEMBRE	RECONO_TOT	RECAUDO_TOT
1	**INGRESO**	**15.223.402.180**	**11.871.930.444**	**9.997.772.037**
1.0	DISPONIBILIDAD INICIAL	491.704.923	364.916.717	364.916.717
1.1	INGRESOS CORRIENTES	14.396.466.025	11.181.191.038	9.307.032.631
1.1.02.05	VENTA DE BIENES Y SERVICIOS	9.187.759.449	6.713.803.176	3.996.996.526
1.1.02.05.001.09	VENTA DE SERVICIOS - UNIFICADO	9.167.873.181	6.697.068.750	3.980.262.100

Fuente de información SIPRA, Sistema de la Entidad – Corte Nov de 2024

De acuerdo con los datos presentados en el cuadro anterior se tiene un presupuesto definitivo de $15.223.402.180, de los cuales $14.396.466.025 corresponden a ingresos corrientes. Dentro de estos ingresos, los más significativos provienen de la venta de bienes y servicios, específicamente en la categoría de "Venta de Servicios - Unificado", cuyo valor definitivo es de $9.167.873.181. Sin embargo, de este total, solo $6.697.068.750 han sido reconocidos, y el recaudo efectivo alcanza apenas $3.980.262.100, lo que equivale al 59% del total facturado.

Este bajo nivel de recaudo, del 59% de lo facturado, señala una brecha considerable entre lo que se ha reconocido como ingreso por servicios y lo que realmente ha sido recaudado. Esta discrepancia refleja un problema de liquidez que afecta la sostenibilidad financiera del hospital. A pesar de haber prestado servicios que han generado una facturación significativa, el hecho de que solo una parte de esos ingresos se haya transformado en efectivo pone en riesgo la capacidad del hospital para cumplir con las obligaciones a corto plazo.

La diferencia entre lo facturado y lo recaudado está relacionada con las demoras en los pagos por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Este desfase no solo compromete las finanzas actuales, sino que también influye negativamente en la prestación de los servicios de salud, al limitar los recursos disponibles para la compra de insumos, pago de nóminas y otros gastos operativos esenciales.

Es crucial destacar que, en un contexto donde la prestación de servicios de salud depende de una estructura financiera estable, la incapacidad de recaudar más del 59% de lo facturado coloca al hospital en una situación vulnerable. Es por ello, que resulta indispensable contar con recursos adicionales que garanticen la sostenibilidad

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

financiera de la institución. Solicitamos el apoyo con estos recursos de sostenibilidad, con el fin de cubrir el déficit de pago actual y asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud que nuestra usuarios requieren.

6.3. Ejecución de Gastos

APROPIACION	NOMBRE	OBLIGADO	PAGADO	% EJECUCIÓN
2	**GASTOS**	**12.400.136.633**	**8.861.292.672**	71%
2.1	FUNCIONAMIENTO	8.893.951.290	7.183.887.964	81%
2.1.1	GASTOS DE PERSONAL	6.125.287.408	5.551.431.340	91%
2.1.1.01	PLANTA DE PERSONAL PERMANENTE	1.822.534.057	1.703.897.905	93%
2.1.2	**Adquisición DE BIENES Y SERVICIOS**	**1.795.190.819**	**1.336.477.516**	74%
2.4	GASTOS DE Operación COMERCIAL	3.301.388.620	1.478.607.985	45%

Fuente de información SIPRA, Sistema de la Entidad – Corte Nov de 2024

De acuerdo con los datos de la tabla anterior, el hospital tiene un total de $12.400.136.633 en gastos obligados, de los cuales solo se han pagado $8.861.292.672, con corte a noviembre, lo que representa una ejecución del 71%. Este porcentaje de pagos se encuentra considerablemente por debajo de lo que se requiere para mantener un funcionamiento estable de la institución. La diferencia entre lo obligado y lo pagado pone en evidencia una falta de liquidez que limita la capacidad de pago del hospital, afectando tanto las operaciones actuales como la planificación para el futuro.

Este nivel de ejecución del 71% muestra que casi una tercera parte de los gastos obligados aún no han sido cubiertos, lo que genera un alto nivel de incertidumbre sobre la capacidad del hospital para continuar ofreciendo servicios sin interrupciones. La falta de pago oportuno puede llevar a la acumulación de deudas y al deterioro de las relaciones con proveedores y colaboradores, lo que a su vez puede impactar negativamente en la calidad del servicio ofrecido a los usuarios.

La baja ejecución en el pago de gastos refleja no solo la falta de recursos financieros disponibles, sino también una necesidad urgente de obtener apoyo adicional para estabilizar las finanzas del hospital. En este contexto, es fundamental contar con los recursos de sostenibilidad que permitan cerrar la brecha entre los gastos obligados y los pagos realizados. Sin este apoyo, el hospital corre el riesgo de entrar en una espiral de endeudamiento que comprometería su viabilidad a largo plazo.

El hecho de que solo el 71% de los gastos obligados se hayan pagado es una señal clara de que la institución necesita reforzar su estructura financiera para evitar mayores contratiempos. Es crucial que el hospital pueda acceder a los recursos necesarios para cubrir sus obligaciones y disminuir el déficit.

El déficit de pagos en comparación con lo obligado subraya la importancia de una inyección de recursos de sostenibilidad. Estos fondos permitirían al hospital no solo cumplir con sus compromisos financieros pendientes, sino también comenzar el próximo año con una situación financiera más saludable. Asegurar estos recursos es esencial para garantizar la estabilidad operativa y la continuidad de los servicios de salud, especialmente en un momento crítico donde la atención médica es fundamental para la comunidad.

6.4. Seguimiento a los Rubros Presupuestales

El seguimiento detallado de cada uno de los rubros presupuestales, en coordinación con las diferentes áreas institucionales, ha sido clave para identificar los sectores que requieren ajustes adicionales a fin de garantizar el normal funcionamiento del hospital. Este proceso de revisión constante ha permitido evaluar con precisión el desempeño financiero de la entidad y tomar decisiones informadas para mitigar posibles riesgos operativos.

A pesar de los traslados presupuestales ya realizados, el análisis revela que algunos rubros continúan siendo insuficientes para cubrir las necesidades hasta el 31 de diciembre de 2024. Esta situación exigió una intervención inmediata para ajustar y reforzar estos rubros críticos, con el fin de asegurar la estabilidad financiera y operativa de la institución, evitando que la prestación de servicios de salud se viera comprometida. Sin embargo, este proceso de revisión reveló que, a pesar de los traslados realizados, hay ciertos rubros que continúan siendo insuficientes para cubrir las necesidades hasta el **31 de diciembre de 2024**.

6.5. Déficit Presupuestal Proyectado

Con base en la información recopilada durante el seguimiento de los rubros presupuestales y las proyecciones para diciembre, se ha determinado que la entidad enfrenta un déficit estimado de $2.573.000.000 para el cierre del año. Este déficit refleja la diferencia entre los recursos necesarios para cubrir los gastos operativos y de funcionamiento hasta finales de año, y los fondos actualmente disponibles.

Este déficit presupuestal proyectado de **$2.573.000.000** podría generar varias repercusiones negativas para el hospital, tales como:

- **Afectación en la Continuidad de los Servicios**: Sin los recursos suficientes para cubrir todos los rubros necesarios, podría verse afectada la capacidad del hospital para mantener la calidad en la atención a los pacientes, especialmente en áreas críticas como la compra de insumos médicos, pago de personal y mantenimiento de equipos.

- **Riesgo de No Cumplir con las Obligaciones Financieras**: Si el déficit no se cubre, el hospital podría enfrentar dificultades para cumplir con las obligaciones de pago, lo que afectaría la relación con proveedores, empleados y otras entidades externas.

- **Reducción en la Capacidad Operativa**: El déficit puede implicar la necesidad de recortar ciertos servicios o programas, lo que afectaría la accesibilidad y calidad de la atención para los pacientes, especialmente si los recursos no son priorizados adecuadamente.

6.6. Disponibilidad Inicial y Cuentas por Pagar

A comienzos de la vigencia 2024, el Hospital General San Isidro ESE contaba con una disponibilidad inicial de $364.916.717, reflejando los recursos líquidos con los cuales se iniciaba el año. Sin embargo, esta cifra es considerablemente baja en comparación con las cuentas por pagar heredadas de la vigencia anterior, que ascienden a $1.849.843.611.

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

Este escenario de insuficiencia de flujo de caja representa un desafío importante para el hospital, ya que la disponibilidad inicial no es suficiente para cubrir las cuentas por pagar acumuladas, lo que genera una presión significativa sobre la tesorería y compromete la capacidad de cumplir con las obligaciones financieras durante el primer semestre del año. Además, a esta situación se suman las nuevas cuentas por pagar generadas en lo corrido de 2024, incrementando aún más el pasivo financiero del hospital y profundizando la necesidad de medidas urgentes para estabilizar sus finanzas.

Por ello, se hace imprescindible solicitar los recursos de sostenibilidad con el fin de reducir las cuentas por pagar correspondientes a la vigencia 2024. Esto permitirá al hospital iniciar el año 2025 con un pasivo significativamente menor, mejorando su capacidad financiera y operativa para enfrentar los retos del nuevo periodo con mayor estabilidad.

6.7. Implicaciones de la Insuficiencia de Flujo de Caja

El bajo nivel de disponibilidad inicial frente a las cuentas por pagar plantea varios riesgos y desafíos para el hospital:

- **Dificultad para Cumplir con Obligaciones**: El hospital enfrenta dificultades para cumplir con sus compromisos financieros inmediatos, ya que no cuenta con suficiente liquidez para saldar las cuentas por pagar de la vigencia anterior. Esto puede generar retrasos en el pago a proveedores, personal y otros servicios esenciales.

- **Afectación de la Operación**: La falta de liquidez para cubrir las obligaciones inmediatas podría afectar la operación normal del hospital. Esto incluye la posibilidad de retrasos en el suministro de insumos médicos, el pago de salarios y honorarios del personal, y el cumplimiento de otros compromisos operativos importantes.

- **Impacto en la Calidad de los Servicios**: Si no se pueden pagar a tiempo a los proveedores de insumos médicos y equipos, o si se atrasan los pagos a los empleados, esto puede afectar la capacidad del hospital para prestar servicios de salud de manera eficiente y continua.

- **Riesgo de No Cumplimiento de Compromisos Financieros**: La insuficiencia de flujo de caja también puede generar problemas de relación con los proveedores, lo que podría resultar en la suspensión de entregas de insumos médicos esenciales, además de posibles sanciones por retrasos en los pagos.

7. CONCLUSIONES

El análisis del presupuesto y la ejecución financiera a lo largo de 2024 muestra que el Hospital General San Isidro ESE ha enfrentado dificultades importantes para mantener una operación estable, debido a la insuficiencia de los recursos inicialmente proyectados. El presupuesto aprobado a comienzos del año, que ascendía a $12.732.843.110, fue insuficiente para cubrir los gastos operativos y de nómina, lo que obligó a realizar traslados y ajustes que elevaron el presupuesto definitivo a $15.223.402.180. Sin embargo, este incremento presupuestal no ha sido suficiente para aliviar las presiones financieras que enfrenta la entidad.

En segundo lugar, el seguimiento a la ejecución de los ingresos revela que la entidad ha recaudado solo el 59% de lo facturado por la venta de servicios de salud, una cifra alarmantemente baja que pone en riesgo su sostenibilidad financiera. De los $$6.697.068.750facturados, el hospital solo ha recaudado $3.980.262.100, lo que refleja una significativa brecha entre lo que se espera recibir y los ingresos reales. Esta situación no solo afecta la liquidez del hospital, sino que también limita su capacidad para cubrir los costos operativos y cumplir con sus compromisos financieros.

Otro aspecto crítico identificado es la disponibilidad inicial de recursos con la que comenzó la vigencia 2024, que ascendía a $364.916.717, una cantidad muy por debajo de las necesidades reales del hospital. Este monto, comparado con las cuentas por pagar heredadas de la vigencia anterior, que sumaban $1.849.843.611, evidencia una brecha significativa en el flujo de caja desde el inicio del año. La disponibilidad insuficiente ha afectado la capacidad del hospital para cumplir con sus obligaciones financieras, generando una presión constante sobre la tesorería.

Adicionalmente, la situación se ha agravado con el incremento de las cuentas por pagar a lo largo de 2024, lo que ha exacerbado la crisis de liquidez del hospital. Este aumento en las obligaciones financieras requiere una intervención urgente, ya que el hospital no cuenta con los recursos suficientes para hacer frente a estas deudas y garantizar la continuidad de los servicios de salud. La acumulación de pasivos no solo compromete la operación actual, sino que también pone en riesgo la sostenibilidad a largo plazo de la entidad.

Es evidente que, para resolver este escenario crítico, es necesario contar con recursos adicionales que permitan al hospital reducir su pasivo y estabilizar su situación financiera. Los recursos de sostenibilidad son fundamentales para cubrir las cuentas por pagar correspondientes a 2024, lo que permitirá al hospital mejorar su flujo de caja y evitar mayores problemas financieros en el futuro. Sin estos recursos, la entidad se enfrentará a serias dificultades para mantener sus operaciones y cumplir con sus obligaciones.

Para garantizar la continuidad de los servicios de salud y cumplir con las obligaciones laborales y operativas, se requiere una liquidez inmediata **MIL NOVECIENTOS MILLONES DE PESOS ($1.900.000.000) M/TE**. Estos recursos son esenciales para:

- **Cumplir con el pago de nómina de planta**: El hospital tiene la obligación de pagar los salarios de su personal de planta, quienes son esenciales para el funcionamiento diario de la institución. La nómina representa un gasto fijo que debe ser cubierto para mantener la estabilidad laboral y la operatividad del hospital.

- **Pagar a los contratistas**: Además del personal de planta, el hospital depende de una serie de contratistas para el suministro de servicios y actividades específicas (por ejemplo, personal de limpieza, seguridad, mantenimiento, etc.). El incumplimiento en el pago a contratistas puede resultar en la paralización de servicios cruciales para la operación del hospital.

- **Mantener el suministro de insumos médicos y servicios logísticos**: Esta situación pone en riesgo el abastecimiento necesario para la atención de los pacientes, afectando directamente la calidad de los servicios prestados y la capacidad de respuesta ante emergencias de salud.

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

- Los **MIL NOVECIENTOS MILLONES DE PESOS ($1900.000.000) MT/E** solicitados para sostenibilidad se destinarán a cubrir gastos esenciales del hospital que son fundamentales para garantizar la continuidad de los servicios de salud y algunas facturas de meses anteriores, aclarando que solo son de esta vigencia 2024. Estos recursos se emplearán en los pagos relacionados a continuación:

Auxiliares de Enfermería	320.310.993
Aseo y Conductores	34.000.000
Vigilancia	87.500.000
Alimentación	625.073.870
Lavandería	162.696.403
Jefes de Enfermería	69.687.308
Médicos General	69.832.000
Personal Administrativo y Asistencial	100.144.288
Nomina	96.936.837
Imágenes Diagnosticas	20.680.479
Suministro de Medicamentos	305.137.822
Suministro de Combustible	8.000.000
Total	**1.900.000.000**

Estos pagos permitirán mantener las operaciones sin interrupciones, asegurando la prestación de servicios médicos de calidad.

(...)

Conforme con lo hasta aquí manifestado, la Alcaldía del Municipio de Manizales - Secretaría de Salud-Pública requiere celebrar un Convenio interadministrativo con el propósito de que el Hospital General San Isidro ESE pueda garantizar la prestación de los servicios de salud de baja complejidad, cuyo contexto de mayor venta de servicios, recaudo deficiente de recursos reconocidos que afecta el flujo de caja, con el consecuente incumplimiento para el pago de obligaciones; es por ello que el Alcalde de Manizales mediante los Decretos que liquida el presupuesto general de rentas y gastos para la vigencia fiscal 2024 y sus respectivas modificaciones, ha aforado entre otros, la siguiente partida en el rubro presupuestal que se describe a continuación con la finalidad de cubrir dicha necesidad:

CUIPO	MGA	RUBRO	DENOMINACION	CDP	REGISTRO	VALOR	DEPENDENCIA
0	1906025	40-4-3-11-1-202-36-40	APS PRESTACION DE SERVICIOS GS – eje 4	263	408263	$3.800.000.000 Con destinación de $1.900.000.000 a Hospital General San Isidro ESE	Secretaría de Salud Pública

Para el presente proceso contractual, el Municipio de Manizales en cumplimiento al principio de planeación, tal y como se comentó con antelación, atendiendo el Acuerdo N°1162 del 30 de mayo de 2024, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Municipal 2024-2027, se tiene inscrito y viabilizado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión Municipal, según el siguiente proyecto:

PROYECTO	MANTENIMIENTO DE LA SOSTENIBILIDAD DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES
No. BPIM	2020170010036
LÍNEA ESTRATEGICA	DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

PROGRAMA	SALUD Y BIENESTAR
SUBPROGRAMA	SALUD PÚBLICA
ACTIVIDAD	Convenio interadministrativo que proporcione a las ESE un recurso financiero que permita garantizar la prestación de servicios de salud en la baja complejidad a la población pobre y vulnerable del Municipio de Manizales.

2. DESCRIPCIÓN DEL OBJETO A CONTRATAR, CON SUS ESPECIFICACIONES ESENCIALES, Y LA IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO A CELEBRAR.

2.1. OBJETO: El convenio interadministrativo a suscribir tendrá por objeto el: "**REALIZAR LA SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE TENDIENTE A GARANTIZAR EL ACCESO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD.**"

El objeto que se pretende contratar se encuentra debidamente inscrito en el plan anual de adquisiciones de la administración municipal para la presente vigencia as

CÓDIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN	DEPENDENCIA
85121502	Servicios de consulta de médicos de atención primaria	SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Clase de Contrato: Convenio Interadministrativo.

2.2. ALCANCES DEL CONTRATO:

El presente Convenio interadministrativo busca aunar esfuerzos en procura de la sostenibilidad del Hospital General San Isidro ESE, buscándose garantizar en forma ininterrumpida la prestación de los servicios de salud de baja complejidad en el Municipio de Manizales, en lo correspondiente a los servicios de hospitalización, transporte asistencial, consulta externa general, terapias, farmacéutico, imágenes diagnósticas, toma de muestras de laboratorio clínico, laboratorio clínico y demás servicios habilitados por la ESE en la baja complejidad, y el apoyo de eventos especiales de ciudad con ambulancias y/o personal de salud.

2.3. ACTIVIDADES A CARGO DEL HOSPITAL GENERAL SAN ISIDRO ESE:

1. Garantizar en forma ininterrumpida las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante la vigencia del CONTRATO, el acceso a los servicios de salud de baja complejidad habilitados por el Hospital General San Isidro E.S.E manteniendo la oferta de consulta médica general, nutrición y dietética, psicología, transporte asistencial básico, laboratorio clínico, toma de muestras, servicio farmacéutico, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiología, terapia del lenguaje, hospitalización general adultos y demás que sean habilitados en la baja complejidad, en el marco de los atributos de calidad.
2. Apoyar la atención en salud correspondiente a la baja complejidad a la población no afiliada o identificada como pobre, población migrante en estado de irregularidad y la atención en centros de reclusión transitorios en el Municipio de Manizales.
3. Apoyar el servicio de ambulancia en situaciones especiales, ocurrencias de hechos catastróficos y eventualidades, tales como visitas a los centros de protección transitorios, jornadas de vacunación entre otros, en el municipio de Manizales.
4. Acompañar a la Secretaría de Salud Pública de Manizales en actividades extramurales tanto en zona urbana como rural, de acuerdo a lo solicitado desde la supervisión del Convenio.
5. Presentar un informe final de ejecución y cumplimiento de obligaciones objeto del Contrato firmado por el gerente.

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

2.4. ACTIVIDADES DEL MUNICIPIO

1. Girar al Hospital General San Isidro ESE el valor de los recursos definidos en el presente Convenio interadministrativo, conforme a la disponibilidad y la reserva presupuestal respectiva.
2. Designar al(los) supervisor(es) de la ejecución del presente Convenio lo cual se hace dentro del presente documento contractual.
3. Prestar la asesoría técnica que requiera al Hospital General San Isidro ESE para dar cumplimiento y realizar la ejecución del Convenio interadministrativo.
4. Certificar el cumplimiento a satisfacción del objeto y las obligaciones contractuales a través del(los) supervisor(es) designado(s).

2.5. LUGAR DE EJECUCIÓN. - Municipio de Manizales.

2.6. PLAZO. – El convenio interadministrativo a suscribir tendrá un plazo de ejecución hasta el 31 de diciembre de 2024 a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio.

3. LA MODALIDAD DE SELECCIÓN DEL CONTRATISTA Y SU JUSTIFICACIÓN, INCLUYENDO LOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS.

MODALIDAD: convenio Interadministrativo.

La entidades públicas, para el cumplimiento de los fines del Estado, la satisfacción de los intereses y necesidades colectivas, la prestación de servicios públicos y la realización de actividades administrativas e incluso industriales y comerciales, requieren el aprovisionamiento de bienes y servicios y la realización de obras, lo cual consiguen con la colaboración de los particulares o de otras entidades que integran la administración pública, mediante la celebración de Contrato por los que, regularmente, deben pagar un precio o remuneración.

Es decir, por un lado el Estado en orden a alcanzar su misión y objetivos recurre a la figura del Contrato[52], acto jurídico de colaboración mutua e intersubjetiva, en el que se entablan relaciones obligatorias con carácter patrimonial con particulares o con otras entidades estatales -cuando están en un mercado de forma similar a como lo hace el particular-, de las que emanan prestaciones recíprocas entre los sujetos partes del mismo, quienes son titulares de intereses disímiles o contrapuestos.

Por otro lado, las entidades estatales también asumen vínculos obligacionales entre sí para el normal funcionamiento del Estado a través de los denominados Contrato interadministrativos, los cuales comportan un acuerdo de voluntades entre ellas, regido por los principios de cooperación, coordinación y apoyo, en los que aúnan esfuerzos para la gestión conjunta de competencias y funciones administrativas, con el objeto de dar cumplimiento a fines concurrentes impuestos por la Constitución Política y la Ley; es decir, en estos no existen intereses contrapuestos de las entidades que los celebran, ni tampoco se circunscriben a un intercambio patrimonial entre ellas, sino que les asiste un ánimo de conseguir fines comunes, de manera que acuden a satisfacer un mismo interés general.

Así, en la actividad contractual del Estado surgen dos tipos de negocios jurídicos: los Contrato interadministrativos y los Contrato interadministrativos, que pueden celebrarse entre entidades o administraciones públicas. En otros términos, dentro de las modalidades que pueden identificarse en la actividad negocial de la Administración se

[52] La noción misma de contrato involucra la autonomía de la voluntad privada, cuyo alcance es *"la libertad y poder atribuido por el ordenamiento al sujeto iuris para celebrar el contrato, cuyo efecto cardinal, primario o existencial es su vinculatoriedad, atadura u obligación legal de cumplirlo, sin que, en línea de principio, quienes lo celebran puedan sustraerse unilateralmente"*. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 30 de agosto de 2011, radicación 11001-3103-012-1999-01957-01

encuentran los Contrato y Contrato interadministrativos, figuras que son de común y frecuente utilización, al punto que a través de los mismos se compromete un gran porcentaje del presupuesto de las entidades estatales.

La Ley 80 de 1993, en sus disposiciones originales[53], utilizó aisladamente la locución *"interadministrativos"* para indicar que la modalidad o proceso de selección es el de contratación directa[54], eximiéndolos de la obligación de constituir las garantías[55] para cubrir los riesgos derivados del incumplimiento de las obligaciones y prohibiendo en ellos la utilización de las cláusulas excepcionales[56] al derecho común. En ninguna de tales disposiciones, sin embargo, se definieron en realidad los Contrato y Contrato interadministrativos, lo cual no es óbice para que pueda ser deducida esta distinción mediante la interpretación de las normas respectivas, con el fin de perfilar las características de cada una de estas figuras.
El artículo 32 de la Ley 80 de 1993, en armonía con el artículo 40 *ibidem*[57], permite a las entidades celebrar los *"Contrato"* y *"acuerdos"* derivados de la *"autonomía de la voluntad"*[58] para el cumplimiento de los fines estatales, de donde se colige que, además de los *"Contrato"* (en el alcance genuino de acuerdos de voluntades de contenido patrimonial) que pueden celebrar las entidades estatales, también es viable la realización de otros *"acuerdos"* de voluntades necesarios para el cumplimiento de los fines estatales como serían los *"Contrato interadministrativos"*, los cuales no tendrían el alcance de una relación jurídica patrimonial.

En consecuencia, los Contrato y los convenios interadministrativos, se distinguen por su naturaleza y finalidad. Ambas figuras son especies del género Contrato estatal que como nota común tienen la de ser acuerdos de voluntades generadores de obligaciones entre dos entidades estatales (artículo 2, numeral 1, de la Ley 80 de 1993) y de ahí la locución formal *"interadministrativos"*. De esos acuerdos unos tienen por objeto y finalidad *"constituir, regular o extinguir entre ellas una relación patrimonial"*, en los términos del artículo 864 del Código de Comercio y, por lo mismo, son **Contrato**, y otros, son *"acuerdos que permitan la autonomía de la voluntad"* celebrados entre entidades estatales para el cumplimiento de fines que les son propios (fines estales) que no involucran una interlocución negocial fundada en un carácter patrimonial, los cuales conformarían la especie **convenio**.

De este modo los ***Contratos interadministrativos*** comportan el pago de una remuneración, dentro del cumplimiento de un fin estatal que para el caso está radicado en la entidad estatal contratante, en tanto que la entidad estatal contratista actúa en su propio interés, bajo el amparo de una relación jurídica de carácter patrimonial que, en definitiva, incide sobre los derechos subjetivos de las partes, a diferencia de los ***convenios interadministrativos*** que, como se puntualizará más adelante, son *acuerdos que permite la autonomía de la voluntad* celebrados entre entidades estatales para el cumplimiento de fines que les son propios (fines estatales) y que no involucran una relación negocial fundada en un carácter patrimonial ni tampoco una contraposición de intereses[59].

---

[53] Deben resaltarse las modificaciones introducidas a la Ley 80 de 1993 por la Ley 1150 de 2007.
[54] Ley 80 de 1993, en el artículo 24, núm. 1 literal c, ordenó que *"[L]a* escogencia del contratista se efectuará siempre a través de licitación o concurso público, salvo en los siguientes casos en los que se podrá contratar directamente: *c)* ***Interadministrativos****, con excepción del contrato de seguro."* Este numeral fue subrogado por el artículo 2° de la Ley 1150 de 2007.
[55] Ley 80 de 1993, en el artículo 25, núm. 19, señaló que *"[l]as garantías no serán obligatorias en los Contrato de empréstito,* ***interadministrativos*** *y en los de seguros"* Este numeral fue subrogado por el artículo 7° de la Ley 1150 de 2007.
[56] Ley 80 de 1993, en el artículo 14, numeral 2, parágrafo, indicó que *"[e]n los Contrato que se celebren con personas públicas internacionales, o de cooperación, ayuda o asistencia;* ***en los interadministrativos****; (...) se prescindirá de la utilización de las cláusulas o estipulaciones excepcionales".*
[57] Ley 80 de 1993. Artículo 40. *Del Contenido del Contrato Estatal. Las estipulaciones de los Contrato serán las que de acuerdo con las normas civiles, comerciales y las previstas en esta Ley, correspondan a su esencia y naturaleza.// Las entidades podrán celebrar los Contrato y acuerdos que permitan la autonomía de la voluntad y requieran el cumplimiento de los fines estatales.// En los Contrato que celebren las entidades estatales podrán incluirse las modalidades, condiciones y, en general, las cláusulas o estipulaciones que las partes consideren necesarias y convenientes, siempre que no sean contrarias a la Constitución, la ley, el orden público y a los principios y finalidades de esta Ley y a los de la buena administración...".*
[58] En la contratación estatal, salvo en materia de la escogencia del contratista o de seleccionar el sujeto con quien se dispone, que es sometida a los mecanismos o procesos de selección previstos en normas de orden público e imperativas y, por ende, no disponibles, la autonomía de la voluntad, en cuanto libertad contractual, comporta el reconocimiento legal de un cúmulo de poderes o facultades proyectadas, entre otras, a saber: *(i)* la posibilidad de disponer o abstenerse de la disposición (libertad de contratar o no contratar), escoger o crear el tipo contractual y estipulaciones (libertad de optar en el catálogo legal o en los usos y prácticas sociales por la especie singular de contrato o crearlo) que mejor se avengan con los principios y fines sin necesidad que la ley los tipifique; *(ii)* la posibilidad de negociación que se confiere al particular en relación con aspectos no esenciales del contrato ni sobre los que afecten las reglas de selección, y que, generalmente, incluyen en sus ofertas dentro del respectivo proceso de selección; *(iii)* la posibilidad de recurrir a mecanismos de arreglo directo de las controversias, e incluso de trasladar su conocimiento a la justicia arbitral; y *(iv)* la posibilidad de terminar por mutuo acuerdo el contrato.
[59] Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil, Radicación interna: 2257, Número Único: 11001-03-06-000-2015-00102-00, del 26 de julio de 2016, C.P.: Álvaro Namén Vargas

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

De esta forma, por regla general, el Estatuto de Contratación de la Administración Pública (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y Ley 1474 de 2011 y las demás que lo adiciones o modifiquen), salvo las materias previstas en otras normas especiales, regula los negocios jurídicos que pueden celebrar las entidades estatales con proyección patrimonial o económica, esto es, los Contrato.

En lo que respecta al principio de colaboración que nutre a los Contrato interadministrativos hay que decir la Constitución Política consagra un principio de colaboración interinstitucional como eje articulador de las actuaciones de los diferentes órganos y entidades del Estado cuando señala que *"los diferentes órganos del Estado tienen funciones separadas pero colaboran armónicamente para la realización de sus fines"* (artículo 113) y que *"las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado"* (artículo 209). De esta manera se evitan actuaciones desorganizadas y aisladas y se garantiza una mejor utilización de los bienes y recursos públicos.
Por lo tanto, el hecho de que cada entidad u organismo tenga sus propias funciones (regla de no duplicidad) y que para su ejercicio la Ley les confiera determinados grados de autonomía, no justifica actuaciones aisladas, contradictorias o económicamente ineficientes entre las diversas organizaciones estatales, pues en cualquier caso sus competencias están regidas por los mandatos de colaboración y coordinación interinstitucional que permiten el logro mancomunado del interés general y la satisfacción de los derechos de las personas (artículos 4º, 113 y 209 C.P.).

Sobre este particular, el artículo 6 de la Ley 489 de 1998 establece que en virtud de los principios de coordinación y colaboración las entidades garantizarán "*la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines y cometidos estatales*", por lo que, en consecuencia, *"prestarán su colaboración a las demás entidades para facilitar el ejercicio de sus funciones"* (*ibídem*).

De igual manera, el numeral 10 del artículo 3 de la Ley 1437 de 2011, establece que *"[e]n virtud del principio de coordinación, las autoridades concertarán sus actividades con las de otras instancias estatales en el cumplimiento de sus cometidos y en el reconocimiento de sus derechos a los particulares"*.

Precisamente, una de las formas de concretar el mandato constitucional de colaboración interinstitucional es la celebración de Contrato interadministrativos[60], tal como lo establece el artículo 95 de la Ley 489 de 1998 que señala lo siguiente:

> ***"Artículo 95.*** *Asociación entre entidades públicas. Las entidades públicas podrán asociarse con el fin de cooperar en el cumplimiento de funciones administrativas o de prestar conjuntamente servicios que se hallen a su cargo, mediante la celebración de convenios interadministrativos o la conformación de personas jurídicas sin ánimo de lucro."* (Subrayado fuera de texto).

Como se observa, la nota distintiva de los convenios interadministrativos la constituye la concurrencia de dos o más entidades estatales para la realización de fines comunes a ambas partes, respecto del cual cada entidad está interesada u obligada desde sus propias funciones o atribuciones legales[61]. Se da pues un ánimo de cooperación entre organismos o entidades públicas con funciones interrelacionadas o complementarias. Como se ha indicado, se habla de *cooperación* porque la entidad pública celebra el convenio "*cuando tiene algo que aportar desde su ámbito funcional, obligándose a ejecutar actividades que contribuyen directamente al fin común de los sujetos contratantes,*

---

[60] La Sección Tercera, Sala de lo Contencioso Administrativo, Subsección C, del Consejo de Estado acoge este criterio en la sentencia de 23 de mayo de 2012, Exp. No. 22828.

[61] *"El objeto de los Contrato de la administración implica siempre la conjunción de voluntades en torno a intereses que son mutuos compartidos por ambos contratantes. Se trata de lograr la realización de objetivos o fines que son comunes a todas las partes que celebran el negocio jurídico. Lo anterior significa excluir de esta clase de acuerdos aquellos compromisos que implican una contradicción de intereses, en los cuales las partes buscan la satisfacción de objetivos que no les son comunes"*. CHAVES Marín, Augusto Ramón. *Los Contrato de la Administración*. Entre la Gestión Pública y la Actividad Contractual. Editorial Temis. Bogotá. D.C. Tercera Edición. 2015. Pág. 76.

compartiendo tareas entre ellas."[62] Esa finalidad común y ánimo de cooperación, se da en el ámbito de un *"paralelismo de intereses"*[63], por lo que no existe preeminencia del contratante respecto del contratista, sino más bien las relaciones se desarrollan en un plano de igualdad o equivalencia, esto es, sin que existan prerrogativas en favor de una parte a costa de la otra.

Así, la norma aplicable al convenio interadministrativo por suscribir es la derivada del literal c), del numeral 4, del artículo 2, de la Ley 1150, el artículo 95 de la Ley 489 de 1998, y el artículo 2.2.1.2.1.4.4. del decreto 1082 de 2015.

4. VALOR ESTIMADO DEL CONTRATO Y LA JUSTIFICACIÓN DEL MISMO.

La atención en salud constituye un servicio público a cargo del Estado y como tal se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la Salud, servicio que por su naturaleza debe ser prestado en forma permanente e ininterrumpida. La falta de la prestación de dicho servicio afectaría gravemente el derecho fundamental a la vida, siendo en consecuencia, un deber del Estado garantizar a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los servicios de salud con recursos de oferta de acuerdo a los niveles de complejidad definidos para la atención.

Por lo tanto, para cumplir con el objeto del convenio, el Hospital General San Isidro ESE debe garantizar en forma ininterrumpida las 24 horas del día los 7 días de la semana, el acceso a los servicios de hospitalización, transporte asistencial, consulta externa general, terapías, farmacéutico, imágenes diagnósticas, toma de muestras de laboratorio clínico, laboratorio clínico, y demás servicios habilitados por la ESE en la baja complejidad, en el marco del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad con el recurso humano, técnico, e insumos necesarios, acorde con la normativa vigente, a fin de permitir el acceso a los servicios de salud en sus instalaciones; situación que le obliga a incurrir en costos de personal de la salud como médicos generales, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionista, sicólogo, personal de laboratorio clínico, personal de farmacia, fisioterapeuta, fonoaudiólogo.

Adicionalmente el Hospital General San Isidro ESE debe garantizar el servicio de ambulancia y disponibilidad de personal las 24 horas del día los 7 días de la semana para apoyar a la Secretaria de Salud en ocurrencia de hechos catastróficos y eventualidades, así como visitas de personalidades al Municipio y otras actividades extramurales tanto en zona urbana como rural, de acuerdo a lo solicitado desde la supervisión del convenio para las cuales requiera de ambulancia, unidades móviles y/o personal sanitario.

El Hospital General San Isidro ESE además debe contar con insumos y personal administrativo y de salud para atender la defensa judicial y dar cumplimiento de las sentencias o fallos de acciones de tutela en contra de EL MUNICIPIO y/o la Secretaría de Salud Pública y/o del Hospital General San Isidro ESE, relacionados con las atenciones y procedimientos de competencia de la baja complejidad y dirigidas a la prestación ininterrumpida de los servicios de baja complejidad en la red pública Municipal de que dispone el Hospital General San Isidro ESE.

El valor del convenio a suscribir está determinado, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal, en la suma de **MIL NOVECIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($1.900.000.000),** valor que se tiene presupuestado para el desarrollo del proyecto viabilizado, con lo que se buscará garantizar en forma ininterrumpida la prestación de los servicios de salud de baja complejidad en el municipio de Manizales, en lo correspondiente a los servicios de hospitalización, transporte asistencial, consulta externa general, terapías, farmacéutico, imágenes diagnósticas, toma de muestras de laboratorio clínico, laboratorio clínico, y demás servicios habilitados por la ESE en la baja complejidad y el apoyo de eventos especiales de ciudad con ambulancias y/o personal de salud.

---

[62] Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil, Concepto 1982 de 2010.
[63] *"El paralelismo de los intereses, del que nace el mencionado paralelismo de voluntades (y de las correspondientes declaraciones), debe considerarse, desde el punto de vista de la estructura, como el carácter diferencial básico del acuerdo con respecto al contrato, donde los intereses en conflicto reciben composición".* MESSINEO, Francesco *"Teoría General del Contrato"*. Tomo I, p. 63.

FORMA DE PAGO: Un único giro una vez perfeccionado el convenio y suscrita el acta de inicio.

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:

Para la suscripción del convenio, se cuenta con el siguiente certificado de disponibilidad presupuestal:

CUIPO	MGA	RUBRO	DENOMINACION	CDP	REGISTRO	VALOR	DEPENDENCIA
0	1906025	40-4-3-11-1-202-36-40	APS PRESTACION DE SERVICIOS GS – eje 4	263	408263	$3.800.000.000 Con destinación de $1.900.000.000 a Hospital General San Isidro ESE	Secretaría de Salud Pública

5. LOS CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA OFERTA MÁS FAVORABLE.

La atención en salud constituye un servicio público a cargo del Estado y como tal se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, servicio que por su naturaleza debe ser prestado en forma permanente e ininterrumpida.

La falta de la prestación del servicio en salud afectaría gravemente el derecho fundamental a la vida y a la salud.

El literal a) del artículo 6 de la Ley 10 de 1990, determina que los municipios en materia de prestación de servicios de salud tienen como competencia la dirección y prestación de servicios de salud correspondiente al primer nivel de competencia, que comprende los hospitales locales, los centros y puestos de salud; lo que debe llevarse a la lectura del artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, cuando en él se ordena garantizar *"la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios*". Lo que está acorde con interpretar que el grado de complejidad está acorde con la tecnología y el personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento de salud; enumerando los grados de complejidad como bajo, mediano y alto, incluyendo en este último los niveles tres y cuatro previstos en la resolución 5261 de agosto 5 de 1994, como lo explicó el artículo 3 del Decreto 2753 de 1995. No sobra decir que el nivel cuatro de atención en salud fue derogado por artículo 137 de la Resolución 5521 de 2013, proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social determina que la Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos

reglamentarios, cuyo principal objetivo es garantizar la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

En tales condiciones, la modalidad contractual a emplearse es la directa, en la figura de Contrato interadministrativo, acorde con el literal c), del numeral 4, del artículo 2, de la Ley 1150, el cual establece que la misma procede "*siempre que las obligaciones derivadas de los mismos tengan relación directa con el objeto de la entidad ejecutora señalado en la Ley o en sus reglamentos*"; aunado a ello, el artículo 2.2.1.2.1.4.4. del decreto 1082 de 2015, señala que "*La modalidad de selección para la contratación entre entidades estatales es la contratación directa*".

EL MUNICIPIO buscando una mayor equidad en el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud celebra convenio interadministrativos para garantizar la prestación de servicios de salud de baja complejidad con las ESE municipales entre las que se encuentra el Hospital General San Isidro ESE, pues tanto las personas no cubiertas con subsidio a la demanda, así como la población beneficiaria del régimen subsidiado en salud y la población migrante necesitan garantizarse el acceso a los servicios de baja complejidad en el área urbana y rural del municipio de Manizales.

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

De acuerdo con la naturaleza del objeto y alcances que requiere convenir el Municipio de Manizales - Secretaría de Salud Pública -, para el desarrollo de la actividad propuesta cuenta con el **Hospital General San Isidro ESE**, que es una Empresa Social del Estado, entidad pública descentralizada del orden municipal, creada mediante el Decreto Extraordinario 490 de agosto 10 de 1991 de la Alcaldía de Manizales y reestructurado mediante Decreto Extraordinario Municipal 143 del 31 de marzo de 1995, adscrita a la Secretaría de Salud Pública, que tiene por objeto la prestación del servicio público de salud, correspondiente al nivel de baja complejidad, e integral de la red pública de prestadores del servicio de salud en el municipio de Manizales; habiendo cambiando su nombre de *Geriátrico* a *General* por disposición del Acuerdo 0944 del 13 de febrero de 2017, pudiendo prestar servicios por complementariedad en la mediana complejidad, como está indicado en el Acuerdo 1062 del 20 de noviembre de 2020, ambos proferidos por el Concejo de Manizales; entidad debidamente habilitada acorde con los lineamientos del Decreto 780 de 2016, compilatorio del Decreto 1011 de 2006.

6. ANÁLISIS DEL RIESGO Y FORMA DE MITIGARLO.

Se tipifica como riesgo que pueda afectar el cumplimiento del convenio y el equilibrio económico, los siguientes:

NÚMERO		1	2	3	4	5
CLASE		GENERAL	ESPECIFICO	ESPECIFICO	ESPECIFICO	ESPECIFICO
FUENTE		EXTERNO	EXTERNO	EXTERNO	EXTERNO	EXTERNO
ETAPA		CONTRATACION	EJECUCIÓN	EJECUCIÓN	EJECUCIÓN	EJECUCIÓN
TIPO		OPERACIONAL	OPERACIONAL	OPERACIONAL	OPERACIONAL	OPERACIONAL
DESCRIPCIÓN (QUE PUEDE PASAR Y COMO PUEDE OCURRIR)		Se presenta cuando la empresa seleccionada no suscribe el convenio en el plazo establecido	Se presenta por fluctuación o incremento de los costos de la materia prima que afecta gravemente la producción y cumplimiento del convenio	Se presenta cuando el objeto convenido no cumple con las especificaciones mínimas exigidas por la entidad	Se presenta cuando no se da cumplimiento al objeto contractual en cuanto a la prestación de servicios de salud por cierre de servicios o no prestación de los mismos	Se presenta ante la posibilidad de una pandemia que limite las actividades objeto del convenjo.
CONSECUENCIA DE LA OCURRENCIA DEL EVENTO		Retraso en el inicio de la ejecución del convenio y por ende, afectación del cumplimiento del objeto propuesto para la satisfacción de la necesidad.	Incremento en el valor del convenio	Se retrasan las entregas y por ende, el cronograma establecido para la ejecución del convenio	Afectación del cumplimiento del objeto propuesto para la satisfacción de la necesidad	Enfermedad del personal que desarrolla actividades relacionadas con la ejecución del convenio y que lleve a la paralización de actividades.
PROBABILIDAD		2	2	2	2	3
IMPACTO		3	3	3	5	4
VALORACIÓN DEL RIESGO		5	5	5	5	5
CATEGORÍA		RIESGO MEDIO	RIESGO MEDIO	RIESGO MEDIO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
¿A QUIÉN SE LE ASIGNA?		HGSI ESE	HGSI ESE	HGSI ESE	HGSI ESE	HGSI ESE
TRATAMIENTO / CONTROLES A SER IMPLEMENTADOS		Establecer plazos perentorios en el proceso para el perfeccionamiento, legalización y ejecución del convenio	La ESE en el valor del convenio debe tener en cuenta y asumir las fluctuaciones económicas que se pueden presentar durante la ejecución del convenio	Requerir a la ESE para el cumplimiento del convenio	Verificaciones periódicas de la oferta y/o prestación de los servicios de salud de la ESE	Uso de elementos de bioseguridad por parte del personal a cargo de la ejecución de actividades contratadas de manera permanente
DESPUES DEL TRAT	PROBABILIDAD	1	1	1	1	1
	IMPACTO	3	3	3	3	3

AMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	4	4	4	4	5
	CATEGORÍA	RIESGO BAJO	RIESGO BAJO	RIESGO BAJO	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO
¿AFECTA LA EJECUCIÓN DEL convenio?		SI	NO	SI	SI	SI
RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN		SUPERVISORES	SUPERVISORES	SUPERVISORES	SUPERVISORES	HGSI ESE
MONITOREO Y REVISIÓN	¿CÓMO SE REALIZA EL MONITOREO?	Verificación del cumplimiento con los tiempos del proceso	Verificación de los costos ofertados frente a los cobros realizados por el conviniente	Supervisión adecuada para la verificación del cumplimiento de las condiciones técnicas y demás actividades a realizar por parte de la ESE	Supervisión del mantenimiento de la oferta y prestación de servicios de salud cuando sean requeridos por la comunidad objeto del convenio	Supervisión adecuada para la verificación del cumplimiento de los protocolos de bioseguridad dispuestos por la entidad contratista y el uso de los elementos de bioseguridad por parte del personal.
	PERIODICIDAD ¿CUÁNDO?	Cada vez que se adelante un proceso de contratación	Siempre, durante la ejecución del convenio	Siempre, durante la ejecución del convenio	Siempre, durante la ejecución del convenio	Siempre, durante la ejecución del convenio.

7. ANÁLISIS QUE SUSTENTA LA NO EXIGENCIA DE LAS GARANTÍAS.

Acorde a lo dispuesto en el Artículo 7º de la Ley 1150 de 2007, en la contratación directa la exigencia de garantías no es obligatoria y la justificación de exigirlas o no deberá estar en el estudio previo. Señala la norma en cita que:

> *"Las garantías no serán obligatorias en los Contrato de empréstito, **en los interadministrativos**, en los de seguro y en los Contrato cuyo valor sea inferior al 10% de la menor cuantía a que se refiere esta Ley, caso en el cual corresponderá a la entidad determinar la necesidad de exigirla, atendiendo a la naturaleza del objeto del Contrato y a la forma de pago, así como en los demás que señale el reglamento"*

De igual manera en el artículo 2.2.1.2.1.4.5 del decreto 1082 de 2015, establece la no obligatoriedad de exigencia de garantías dentro de la contratación directa, cuando señala:

> *"Artículo 2.2.1.2.1.4.5. No obligatoriedad de garantías. En la contratación directa la exigencia de garantías establecidas en la Sección 3, que comprende los artículos 2.2.1.2.3.1.1 al 2.2.1.2.3.5.1.del presente decreto no es obligatoria y la justificación para exigirlas o no debe estar en los estudios y documentos previos."*

En el presente caso, y teniendo en cuenta los antecedentes en materia de sostenibilidad demuestran que no han surgido contratiempos en la ejecución de convenios similares, lo cual evidencia la capacidad y compromiso de la empresa para gestionar los recursos y cumplir con lo estipulado. Segundo, el plazo del convenio es limitado, lo que reduce el riesgo de incumplimiento y permite un control mas efectivo y oportuno de los recursos aportados y por último, la calidad de las partes contratantes, ambas con un historial de cumplimiento y respaldo gubernamental, proporciona una garantía implícita de que los objetivos del convenio se alcanzarán. En conjunto, estos factores justifican la decisión de no exigir la constitución de garantías, priorizando así la eficiencia y eficacia en la entrega de servicios de salud críticos.

8. INDICACIÓN SI LA CONTRATACIÓN ESTÁ COBIJADA POR UN ACUERDO COMERCIAL

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 8 del artículo 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082 de 2015, el actual proceso de contratación no se encuentra cobijado por ningún acuerdo comercial internacional o tratado de libre comercio vigente para el Estado Colombiano.

Manizales, 16 diciembre de 2024.

DAVID EDUARDO GOMEZ SPRINGSTUBE
Secretario Local de Salud
Secretaria de Salud Pública

EDWIN ALBEYRO CORÁL ESTRELLA
Profesional Universitario

Revisión: Evelyn Payanene Torres - Abogada contratista- Secretaria de Salud Pública.
Componente presupuestal: Jorge Beltrán- Profesional Universitario