



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



MS 1467

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 1 de 42

Bogotá, enero de 2014

Magistrado

Jorge Iván Palacio Palacio

Sala Especial de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008

Corte Constitucional



Referencia: Respuesta Auto 278 de 2013.

15.44

Respetado Magistrado,

En el presente documento doy respuesta a los múltiples interrogantes planteados en el Auto 278 de 2013. Quedo atento a cualquier información adicional que sea requerida por su despacho.

11.1. ¿Cuáles fueron las fuentes de información utilizadas para fijar el valor tanto de la UPC-S como de la UPC-C que se aplicaría después del 1° de julio de 2012 y cuáles las empleadas concretamente para determinar las UPC 2013 para ambos regímenes?

A partir del 1 de julio de 2012 se realizó un ajuste a la Unidad de Pago por Capitación –UPC- del régimen subsidiado con la finalidad de avanzar en la unificación de los planes de beneficios y asegurar así la financiación completa de la cobertura. Para tal fin y teniendo en cuenta que la UPC debe responder al perfil epidemiológico del país se analizó el estudio de carga enfermedad del año 2005 para el grupo poblacional objeto de la unificación, así mismo se utilizó la información de las pruebas piloto de los distritos de Barranquilla y Cartagena, que desde el año 2010 habían comenzado un ejercicio demostrativo que buscaba evaluar el comportamiento en la operación y financiación de este régimen.

La población de estas dos ciudades presentaba características demográficas similares al resto de la población del régimen subsidiado del país y que las Empresas Promotoras de Salud -EPS- que operaban allí también lo hacían en el resto del territorio nacional. Por esta razón, la CRES decidió utilizar como parámetro de referencia la UPC de estas dos ciudades para establecer la UPC-S que debería regir para este régimen en todo el país a partir del 1° de julio de 2012.

Lo anterior teniendo en cuenta que la información con la que habitualmente se calcula la UPC de ambos regímenes y que es enviada por las EPS, que sería utilizada para calcular la UPC del año 2013 (en este caso datos de costos y frecuencia de uso de servicios del año 2011) no había terminado de ser recolectada y validada, razón por lo cual no estaba disponible al momento de calcular la UPC-S aprobada el 1° de julio de 2012.

En estas circunstancias, además de la información de las pruebas piloto de Barranquilla y Cartagena, estaba disponible la información de utilización y costo de servicios correspondiente al año 2010, la cual contaba con una cobertura de menos del 25%, no registraba completamente las poblaciones incluidas durante 2010 y menos las de 2011 (población de 12 a 18 años desde febrero de 2010 y mayores de 60 desde noviembre de 2011) razón por la cual no se utilizó.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 2 de 42

En cuanto al cálculo de la UPC de 2013 de ambos regímenes, se utilizó la información enviada por las EPS que contenía las frecuencias de uso y costo de los servicios del año 2011 que había sido recaudada durante todo el periodo y sometida a los procesos de validación que se describen más abajo.

En particular para el cálculo de UPC Régimen Subsidiado la información se dividió en dos grupos uno para el cálculo de primas para los menores de 18 años y otro para el cálculo de las primas para los mayores de 18 años.

En cuanto a las primas para los menores de 18 años, para este grupo etario el POS ya se encontraba unificado al del régimen Contributivo para el periodo de experiencia, por lo cual la base de datos suministrada por las EPS-S es un buen predictor del gasto futuro de este grupo etario. Adicionalmente, esto permitió comparar los costos observados en el Régimen Subsidiado con los observados en el Régimen Contributivo.

En cuanto a las primas para los mayores de 18 años, para este grupo etario se emplearon las frecuencias y costos observados en el Régimen Contributivo como base para estimar el costo de la prima en el Régimen Subsidiado. No obstante lo anterior, y como resultado de lo observado en el grupo de menores de 18 años, se aprecia que el costo esperado debería ser inferior al del régimen contributivo en cerca de 29.1%. En razón a ello se presentaron varios escenarios de frecuencias como porcentaje de las primas del Régimen Contributivo que van desde el 70.9% al 100%.

ÍTEM	RÉGIMEN	FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS	
		2012 a partir del 1 de julio	2013
Fijación UPC	Régimen contributivo	Base de Servicios de las EPS Régimen Contributivo	
	Régimen subsidiado	Base de Servicios de las EPS Régimen Subsidiado	
Frecuencia de uso	Régimen contributivo	Base de Servicios de las EPS Régimen Contributivo	
	Régimen subsidiado	Base de Servicios de las EPS Régimen Subsidiado	
Costo de administración	Régimen contributivo	Base de Servicios y Estados Financieros de las EPS Régimen Contributivo	
	Régimen subsidiado	Base de Servicios y Estados Financieros de las EPS Régimen Subsidiado	



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 3 de 42

11.2. ¿Cuáles fueron las fuentes de información en las que se basó el Gobierno para determinar la frecuencia de uso y los costos de administración de ambos regímenes, en los mismos periodos indicados en el numeral anterior?

Las fuentes de información acerca de las frecuencias de uso y los costos de atención en ambos regímenes y para los periodos indicados en el numeral 11.1, son las mismas descritas en la respuesta al punto anterior.

11.3. Con fundamento en lo señalado en la tabla anterior y en caso de que exista diferencia entre las fuentes utilizadas en cada uno de los ítems, ¿por qué los datos relacionados en la casilla "2013" son más confiables y creíbles que los usados para "2012 a partir del 1 de julio"?

Durante el año 2013 se utilizaron las mismas fuentes con diferente información para la estimación de la UPC debido a la disponibilidad en el tiempo.

Las razones para haber utilizado datos diferentes en el cálculo de las UPC 1 de julio de 2012 y 2013 fueron detalladas en la respuesta al numeral 11.1.

La definición de la Unidad de Pago por Capitación, para la unificación de los planes de beneficios entre los regímenes subsidiado y contributivo para la población de 18 a 59 años de edad, se surte en tres pasos.

1. Caracterización de la población del régimen subsidiado que es objeto del actual proceso de unificación, descripción de sus características poblacionales, de perfil epidemiológico y demanda de servicios de salud asociados.
2. Análisis de la información de las pruebas piloto (nota técnica y la información derivada desde las EPS) que se implementaron en los Distritos de Barranquilla y Cartagena, como herramienta para el análisis de la Unidad de Pago por Capitación de unificación para el Régimen Subsidiado.
3. Estimación de la prima pura y de la prima comercial (Unidad de Pago por Capitación) para el proceso de unificación del régimen subsidiado.

El estudio del año 2013 para la definición de la Unidad de Pago por Capitación, analiza cada uno de los regímenes de manera independiente, dado que si bien es cierto el Plan Obligatorio de Salud (POS) está unificado, las fuentes de financiación, los costos en salud según la evidencia disponible y los costos administrativos siguen siendo distintos. En el régimen contributivo se busca que la UPC sea suficiente para financiar el POS fijado por el Acuerdo 029 de la CRES y que los mecanismos de ajuste de riesgo estén reflejando el gasto en salud de acuerdo con las variables demográficas seleccionadas. En el caso del régimen subsidiado, además de lo que se persigue en el régimen contributivo, se requiere establecer el impacto de la unificación del POS en los menores de 18 años en el régimen subsidiado que llevan 3 años de unificación mediante el Acuerdo 011 de la CRES y en el resto de la población unificada posteriormente. Para dar cumplimiento a los objetivos planteados se tomó la información proveniente de las EPS, se aplicaron los procesos de calidad previstos, se estableció la



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 4 de 42

cobertura de los datos frente al gasto reportado por los representantes legales de cada una de las EPS, y se monitorearon las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamento e insumos.

Aún cuando tanto los datos como la metodología se encuentran en permanente proceso de mejoramiento, es posible afirmar, por las razones que han sido explicadas antes, es posible afirmar que en ambos casos se trata de datos confiables y creíbles. Esto, porque en ambos casos la densidad de los datos recaudado permite aplicar la ley de grandes números, que será explicada más adelante. Asimismo, en ambos casos se han aplicado procesos estrictos de calidad que permiten asegurar la consistencia de los datos que se usan para aplicar la metodología.

11.4. ¿Cuáles fueron los cambios significativos en la metodología utilizada para fijar la UPC-S 2013, respecto de la empleada para establecer el valor de la UPC-S del segundo semestre de 2012?

La unificación realizada en el mes de Julio de 2012 partió de la información generada por las pruebas piloto, dado que las mismas estaban en aplicación desde el año 2010, y por tanto permitían realizar proyecciones estadísticas y económicas, partiendo de los análisis regionales de las EPS que estaban funcionando bajo este mismo esquema.

Para la estimación de la Unidad de Pago por Capitación de la vigente durante el 2013, la fuente principal fueron las EPS y la diferencia se basó en la recopilación de la mejor información disponible, el método utilizado, se basa en los principios reconocidos por la Casualty Actuarial Society y hace una revisión de la ecuación fundamental del seguro, ajuste por IBNR e IBNER, trending, primas comerciales, ajuste por compensaciones causadas y no realizadas y ajuste de riesgo; y por último, de la indicación de tarifa.

La descripción detallada de estos elementos se encuentra en las respectivas metodologías enviadas a la Corte Constitucional en pasada oportunidad.

11.5. ¿Cuáles son las razones para concluir que con una UPC de valor inferior a la del régimen contributivo, una EPS-S puede prestar los servicios del POS en condiciones de equidad, oportunidad y calidad?

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el valor per cápita que reconoce el sistema a cada EPS para la organización y garantía de la prestación de servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Por otra parte el valor per cápita depende del comportamiento principalmente de dos variables, la probabilidad de demandar un servicio de salud por cada afiliado y el gasto total medio de los servicios de salud efectivamente prestados.

La información que sirve de base para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación presenta diferencias en las frecuencias de uso de los dos regímenes que contribuye para que la UPC sea diferente. El comportamiento de esta variable responde a múltiples factores, sin embargo, mientras dichas probabilidades y gastos medios sigan presentando las actuales



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 5 de 42

diferencias que evidencian los datos entre regímenes, las primas de riesgo¹ continuarán siendo diferentes a pesar de contar con planes de beneficios iguales.

En el régimen subsidiado se estimaron varios escenarios del radio de pérdida esperado en función de la prima pura seleccionada, teniendo en cuenta que en la actualidad se encuentran unificados los planes de beneficios pero que a la fecha no hay evidencia sobre frecuencias de uso iguales en ambos regímenes, tal como se evidenció en los menores de 18 años donde las primas puras del régimen subsidiado corresponden al 70.90% de las primas observadas en el régimen contributivo.²

Asimismo, los ponderadores establecidos tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado responden al riesgo por sexo, edad y zona geográfica, los cuales presentan diferencias debido a que el comportamiento y la concentración de población es diferente entre los regímenes. La evidencia sobre estas diferencias está contenida en los estudios de suficiencia ya enviados.

De igual manera otro factor determinante que ocasiona la diferencia entre las UPC de los regímenes contributivo y subsidiado son los porcentajes de administración que se establecieron con la Ley 1438 de 2011 en su Artículo 23.

Finalmente, es importante recalcar que a pesar de las diferencias en términos nominales, se cuenta con el mismo plan de beneficios y la Unidad de Pago por capitación está estimada con el fin de que presenten todos los servicios incluidos sin barreras de acceso a los mismos recordando que es un sistema general e integral en salud.

11.6. ¿Cuál fue el resultado obtenido de los estudios que se realizarían en un periodo de un año (julio de 2012 a julio de 2013) para estimar el valor de los costos del POS unificado en el régimen subsidiado, según lo indicado en la solicitud de cumplimiento progresivo de los autos 261 y 262 de 2012, allegada por el Ministerio de Salud y Protección Social el 18 de diciembre de ese mismo año?

La maduración de la facturación del Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene en promedio 3 meses de cierre, es por ello que la metodología actual realiza ajustes como los mencionados anteriormente en lo referente al IBNR, adicional a esto el mejor predictor en términos estadísticos es el gasto de periodo anterior, el lapso de tiempo estipulado para el análisis no es el suficiente para evidenciar el comportamiento del mercado en términos contractuales y de prestación de los servicios incluidos en los planes de beneficios unificados, es por ello que no ha sido posible realizar los estudios pertinentes con la información del año 2013 la cual cerrará contablemente en el mes de marzo del año 2014, en el momento en que se cuente con esta información será posible realizar los estudios y análisis a profundidad los cuales serán dados a conocer con la oportunidad del caso.

¹ La prima de riesgo o prima pura hace referencia al valor asociado directamente a la prestación de servicios de salud. Cuando a esta prima se cargan los gastos de administración y demás ajustes requeridos se denomina prima comercial o UPC.

² Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan obligatorio de salud en el año 2013 - Ministerio de Salud y Protección social, Diciembre 2012



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 6 de 42

11.7. ¿Qué medidas ha adoptado para aumentar la disponibilidad de bienes y servicios de salud en las entidades territoriales de menos de 200 mil habitantes?

En ese contexto desde el Ministerio se vienen desarrollando un conjunto de líneas de acción con el propósito de mejorar el acceso a la prestación de los servicios de salud. Estas acciones están dirigidas al mejoramiento de las condiciones estructurales y funcionales de la prestación de servicios de salud.

En los aspectos estructurales, se involucran acciones de (i) fortalecimiento de la oferta de servicios de salud, con mejoramiento de la capacidad resolutive en la baja complejidad; y (ii) desarrollo del talento humano.

En los aspectos funcionales, las acciones se dirigen a: (i) la adecuada conformación, articulación y operación de las redes de prestación de servicios de salud; (ii) la implementación de procesos y modalidades de atención que faciliten el acceso e integralidad en la atención; y (iii) la definición de pautas técnicas y operativas que orienten las actividades de búsqueda activa de eventos definidos como prioritarios, la identificación y clasificación de los riesgos en salud, la conformación de grupos a intervenir con acciones individuales y colectivas, y el abordaje mediante protocolos o programas de atención e intervención.

11.7.1. Acciones estructurales

11.7.1.1. Fortalecimiento de la oferta de servicios

En este aspecto se vienen desarrollando dos conjuntos de acciones dirigidas al fortalecimiento de la capacidad instalada que permita, en particular a las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que en muchos de los municipios con menos de 200.000 habitantes son la única opción de prestación de servicios de salud³, prestar los servicios, especialmente de baja y mediana complejidad, de manera integral, mejorando la resolutive en la atención.

Las acciones se vienen realizando en dos vías, así: (i) con la asignación de recursos de la Nación para financiar las inversiones en el mejoramiento de la capacidad instalada; y (ii) con la generación de fuentes de recursos del nivel territorial destinadas a estas mismas acciones. Lo anterior, partiendo del hecho que conforme a las competencias referidas en la Ley 715 de 2001, corresponde a las entidades territoriales (departamentos y distritos; o municipios certificados) (i) organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento; (ii) concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo; (iii) preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.

Por otra parte, con base en la apropiación presupuestal disponible en el presupuesto general de la Nación, para el año 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social asignó recursos para

³ Esta situación, sin embargo, no es evidenciada en municipios con menos de 200 mil habitantes que guardan relación de cercanía o vecindad o hacen parte de áreas metropolitanas, en las cuales la oferta disponible supera al prestador público y es diferenciada y plural. De ahí que el criterio de menos de 200 mil habitantes, para efectos de enfocar estrategias de mejoramiento, no es adecuado ni pertinente por sí solo.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 7 de 42

el mejoramiento de la capacidad instalada de las IPS públicas por \$90.070 millones, de los cuales 80% estuvo destinado a IPS ubicadas en municipios con menos de 200.000 habitantes.

En la siguiente tabla se presenta el resumen del valor de las asignaciones en municipios con menos de 200.000 habitantes.

Tabla 1

Recursos de la Nación asignados para el fortalecimiento de la capacidad instalada de IPS públicas en municipios con menos de 200.000 habitantes

Año 2013

Departamento	Valor asignado
Antioquia	6.883.019.170
Atlántico	390.000.000
Bolívar	2.830.000.000
Boyacá	3.950.611.000
Caldas	4.694.558.000
Caquetá	870.000.000
Cauca	1.440.000.000
Cesar	2.325.250.000
Chocó	660.000.000
Córdoba	1.486.794.000
Cundinamarca	3.910.000.000
Huila	280.000.000
La Guajira	840.000.000
Magdalena	795.000.000
Meta	120.000.000
Nariño	10.366.000.000
Norte de Santander	3.409.969.000
Putumayo	1.210.000.000
Quindío	640.000.000
Risaralda	2.695.058.000
Santander	4.770.446.000
Sucre	9.300.000.000
Tolima	4.468.509.000
Valle del Cauca	2.150.000.000
Vaupés	874.837.000
Vichada	860.000.000
Total general	72.220.051.170

Fuente: Actos administrativos de asignación.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 8 de 42

En el mismo sentido, con la expedición de la Ley 1608 de 2013, se generó una nueva fuente de recursos destinado a este propósito, al determinarse la posibilidad de utilizar parte de los recursos de saldos de cuentas maestras del régimen subsidiado en la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud (artículo 2, numeral 4, de la citada Ley).

Sobre esta fuente, de acuerdo con la información reportada por los municipios al Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales con menos de 200.000 habitantes cuentan con recursos por \$638.558 millones de los cuales comunicaron la destinación de recursos para el mejoramiento de la capacidad instalada de las IPS públicas de \$354.323 millones (55%), tal como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 2
Destinación de recursos de saldos de cuentas maestras del régimen subsidiado a inversión en mejoramiento de infraestructura y dotación de IPS públicas en municipios con menos de 200.000 habitantes

Valores en \$

Departamento	Saldo de la cuenta	Inversión en mejoramiento de infraestructura y dotación de IPS públicas	%
Amazonas	14.090.921.024	6.680.310.781	47,4
Antioquia	52.113.519.552	21.739.851.635	41,7
Arauca	13.377.197.583	5.948.323.163	44,5
Atlántico	2.956.314.159	114.025.687	3,9
Bolívar	8.889.404.879	1.928.284.954	21,7
Boyacá	34.519.041.117	21.949.817.940	63,6
Caldas	5.883.699.127	2.394.640.259	40,7
Caquetá	13.105.099.078	10.687.277.742	81,6
Casanare	44.501.874.114	13.812.062.308	31,0
Cauca	12.979.931.720	6.810.165.695	52,5
Cesar	28.402.368.156	18.002.403.574	63,4
Chocó	4.644.902.576	-	0,0
Córdoba	17.241.301.239	9.831.898.855	57,0
Cundinamarca	116.513.495.599	79.037.681.234	67,8
Guainía	5.165.182.026	-	0,0
Guaviare	30.108.931.486	20.635.826.950	68,5
Huila	10.758.694.981	6.954.349.613	64,6
La Guajira	4.530.175.488	556.573.315	12,3
Magdalena	2.831.309.462	554.032.193	19,6
Meta	43.500.321.676	30.179.992.186	69,4
Nariño	5.894.834.212	1.662.379.756	28,2



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 9 de 42

Departamento	Saldo de la cuenta	Inversión en mejoramiento de infraestructura y dotación de IPS públicas	%
Norte de Santander	21.930.776.743	14.116.954.485	64,4
Putumayo	4.957.435.902	1.392.058.806	28,1
Quindío	8.260.600.615	5.336.231.633	64,6
Risaralda	7.706.853.005	772.278.465	10,0
San Andres	3.062.845.012	-	0,0
Santander	65.077.037.735	49.502.108.000	76,1
Sucre	4.680.840.495	-	0,0
Tolima	30.758.521.693	17.237.047.238	56,0
Valle del Cauca	13.117.253.589	4.438.278.754	33,8
Vaupés	4.224.566.466	1.871.484.351	44,3
Vichada	2.773.186.587	177.056.551	6,4
Total general	638.558.437.095	354.323.396.124	55,5

Fuente: Información reportada por los municipios al Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de la Resolución 292 de 2013.

Con este mismo propósito, la misma Ley 1608 de 2013, en el artículo 4 permite que los departamentos y distritos utilicen recursos de excedentes de rentas cedidas al fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológica, entre otros usos.

Como resultado de lo anterior, se evidencia en los presupuestos de los municipios de menos de 200.000 habitantes, un incremento importante en el valor de los recursos comprometidos con destino al financiamiento de inversiones directas en la red pública para el desarrollo de obras de infraestructura y adquisición de equipos. Tal como se muestra en la siguiente tabla el valor de los recursos comprometidos por estos municipios durante la vigencia 2012 ascendió a \$284.194 millones y con corte a 30 de septiembre de 2013 la inversión ascendió a \$364.201 millones, con un crecimiento de 28,2% entre las dos vigencias, faltando el reporte del último trimestre de 2013.

Tabla 3
Ejecución de recursos municipales en inversiones en infraestructura y dotación en la red pública en municipios con menos de 200.000 habitantes
Valores en \$

Departamento	Compromisos Vigencia 2012	Compromisos Enero - Septiembre 2013
Antioquia	4.524.815.153	5.407.842.150
Arauca	-	-
Atlántico	10.659.000	145.910.000
Bolívar	687.453.590	380.633.000
Boyacá	526.292.013	794.231.978
Caldas	1.840.771.483	703.384.925
Casanare	-	46.523.000
Cauca	260.131.371.002	86.448.000



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 10 de 42

Departamento	Compromisos Vigencia 2012	Compromisos Enero - Septiembre 2013
Cesar	5.965.237.932	4.146.835.845
Chocó	524.382.000	2.023.723.000
Córdoba	494.254.800	1.483.785.310
Cundinamarca	1.788.982.111	277.052.821.813
Guaviare	49.539.000	-
Huila	651.336.540	435.665.986
La Guajira	20.550.000	2.111.781.000
Magdalena	96.458.000	347.171.334
Meta	505.317.142	9.119.168.065
Nariño	1.351.688.741	32.831.831.583
Norte de Santander	15.953.880	282.967.000
Putumayo	458.081.000	-
Risaralda	115.110.682	352.581.000
Santander	2.228.114.000	6.383.819.388
Sucre	224.561.000	2.013.245.000
Tolima	763.598.305	16.514.605.000
Valle del Cauca	1.219.197.000	1.536.236.340
Total general	284.193.724.374	364.201.210.717

Fuente: Ejecución presupuestal de gastos presentado por los municipios a través del Formulario Único Territorial

Adicional a las fuentes anteriormente enunciadas, las entidades territoriales en el marco de sus competencias, disponen de recursos en el marco del Sistema General de Regalías (Ley 1530 de 2012) para fortalecer la capacidad instalada de los prestadores públicos, en concordancia con las redes territoriales de prestación de servicios de salud y los planes bienales de inversiones. Para el efecto, las respectivas entidades territoriales, conforme a sus necesidades y prioridades de inversión, deben elaborar los proyectos de inversión que deben ser presentados para la viabilidad y asignación de recursos por parte de los respectivos órganos Colegiados de Administración y Decisión – OCAD.

A su vez, las referidas entidades cuentan con líneas de financiamiento blando disponibles a demanda por parte de éstas y de las propias instituciones de servicios de salud públicas, por parte de la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. - FINDETER.

11.7.1.2. Desarrollo y fortalecimiento del talento humano especializado y auxiliar

Con base en el diagnóstico de necesidades y prioridades, se dará especial énfasis a la formación de profesionales de salud que resulten pertinentes. Para ello el Ministerio de Salud y Protección Social ajustará el programa de becas crédito de forma tal que responda a estas prioridades, así como el establecimiento de mecanismos que garanticen el compromiso de atención por parte de estos profesionales en zonas priorizadas.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411300050041**

Fecha: **20-01-2014**

Página 11 de 42

Simultáneamente el Gobierno Nacional, conjuntamente con el Ministerio de Educación, el SENA y las entidades territoriales, diseñará y pondrá en marcha un programa de formación y educación continua para el personal auxiliar residente en las zonas priorizadas.

11.7.2. Acciones funcionales.

11.7.2.1. Conformación, articulación y operación de las redes de prestación de servicios de salud.

El fortalecimiento de la capacidad instalada demanda considerar otros aspectos relevantes que contribuyan a mejorar la accesibilidad de la población a los servicios y que incidan positivamente en la gestión de los mismos para mejorar la oportunidad, continuidad e integralidad y la resolutividad esperadas.

Entre estos aspectos, hay algunos que condicionan la equiparación del acceso a los servicios de salud, resueltos los problemas de suficiencia en el financiamiento (aseguramiento), y sobre los cuales es importante señalar que constituyen una dificultad inherente a todos los sistemas de salud en el mundo, en donde en mayor o menor medida se registran brechas asociadas a factores estructurales, algunos de los cuales no son abordables intrínsecamente por los sistemas de salud.

Quizá uno de los elementos que marca un determinante importante en las brechas de acceso son las condiciones geográficas y socioeconómicas de los territorios. Estos determinan en gran parte el potencial para el desarrollo de inversiones en infraestructura y tecnología como en la disponibilidad del talento humano, en condiciones de sostenibilidad económica y financiera.

Si bien uno de los aspectos relevantes para la garantía del derecho a la salud es que exista oferta pertinente, adecuada y suficiente para atender las demandas de la población, los costos de provisión suelen superar las expectativas de que esto pueda realizarse de manera autosuficiente dadas la disparidades socioeconómicas y los condicionantes geográficos y demográficos que posibiliten inversiones y el funcionamiento sostenible de los servicios con total cercanía al lugar de residencia de las personas en un territorio. Tales problemas tienen mayor o menor importancia en diferentes contextos, pero incluso se hallan presentes en zonas geográficas densamente pobladas y con disponibilidad de oferta y menores problemas de accesibilidad funcional y cultural a los servicios.

De esta manera son suficientemente conocidas las ventajas de la aglomeración para la provisión de servicios públicos a los cuales no escapan los servicios de salud. Las limitaciones o brechas existentes suelen entonces ser resueltas, o por lo menos minimizadas, mediante alternativas que resulten costo – eficientes y de tal forma sostenibles económica y financieramente.

La geografía sanitaria en Colombia⁴, revela que *"en lo que concierne a la oferta de servicios de salud existen tres temáticas importantes. En primer lugar está qué servicios se ofrecen. En segundo lugar, están los insumos con los que cuenta el hospital para desarrollar estos servicios. Finalmente debido a la realidad nacional, se hace importante determinar en qué*

⁴ Páez G.; Jaramillo L.; Franco C.. Estudio sobre la Geografía Sanitaria en Colombia. Work paper. 2013.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 12 de 42

lugares el Estado tiene monopolios públicos, es decir, servicios de salud que son atendidos exclusivamente por entidades públicas. En este caso es importante aclarar que los monopolios son naturales. Es decir, no hay ninguna barrera que impida la creación de competencia. No obstante por razones de insuficiencia financiera o falta de interés por parte de privados, se han dado regiones donde el Estado es el único que provee servicios de salud.”

A manera de ilustración, y con base en análisis realizados a partir del Registro Especial de Prestadores de Servicios (REPS) con corte a abril de 2013; la situación de disponibilidad per cápita de la oferta y distribución territorial para algunos servicios tipo, caracterizados por ser los principales servicios demandados⁵, muestra situaciones concordantes con lo enunciado. Tal situación afecta por igual a quienes se hallan afiliados a cualquiera de los dos regímenes de financiamiento en el SGSSS y como tal son brechas inherentes a las condiciones geográficas y socioeconómicas de los territorios.

Así, tanto la disponibilidad per cápita como la distribución de servicios por territorios revelan que la oferta se aglomera en zonas geográficas con mayor densidad de población y mercados dinámicos, para el caso de los servicios más complejos; en tanto que se configura un mercado monopólico natural en aquellas zonas dispersas de baja accesibilidad y desarrollo socioeconómico, a cargo de la oferta pública.

Esta evidencia, no dista de situaciones similares en contextos diferentes al nuestro. Incluso en países con mayor grado de desarrollo y mayor gasto per cápita en salud, se registran disparidades como las aquí presentes asociadas, entre otros factores, a los fenómenos de aglomeración y dinámica económica.

El objetivo básico de las redes de prestación de servicios de salud es la garantía de la prestación efectiva de los servicios de salud, con acceso adecuado y pertinente para la población, optimización de los recursos humanos, de infraestructura, de tecnología así como la sostenibilidad financiera.

En lo que se refiere a la redes de prestadores de servicios de salud, los avances normativos que han soportado la prestación de servicios hasta la expedición de la Ley 1438 de 2011, se enmarcaban en una regulación donde la organización de las redes de prestación de servicios por parte de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, implicaba únicamente la presentación ante la Superintendencia Nacional de Salud de un conjunto de prestadores que tuvieran habilitados los servicios asociados con el suministro de las actividades y procedimientos incluidos en el plan de beneficios, sin que se exigieran criterios de suficiencia, accesibilidad, integralidad y continuidad.

La Ley 715 de 2001 en el artículo 54 determinó que el servicio de salud a nivel territorial debería prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la

⁵ Los servicios tipos analizados son: (i) Laboratorios; (ii) Consulta Externa: Medicina General, Ginecobstetricia, Medicina Interna, Odontología General, Odontología Pediátrica y Pediatría; (iii) Hospitalización: Cuidado Intensivo Neonatal, pediátrico y adultos y hospitalización adultos, pediátrica y obstétrica; (iv) Salas de procedimientos menores (v) Promoción y prevención: Planificación familiar, vacunación y promoción en salud; (vi) Procedimientos Quirúrgicos; (vii) Servicio de Urgencias.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411300050041**

Fecha: **20-01-2014**

Página 13 de 42

racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

Dentro de este contexto se avanzó en la conformación y diseño de redes por parte de las direcciones departamentales y distritales de salud, integradas principalmente por empresas sociales del Estado, complementadas con instituciones privadas prestadoras de servicios de salud, para aquellos servicios a cargo de las entidades territoriales no disponibles o insuficientes en las instituciones públicas.

Si bien la Ley 1438 de 2011 pretendió generar un marco regulatorio para las redes integradas de servicios de salud definidas como el "conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda", lo allí previsto afronta dificultades operativas en su implementación. De acuerdo con lo previsto en la Ley, la conformación, organización y articulación de las redes integradas estaría a cargo de las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, en coordinación con las entidades promotoras de salud y los consejos territoriales de seguridad social en salud, sin diferenciar adecuadamente la intervención de cada uno de los actores, y su coherencia con los roles asignados.

Adicional a lo anterior, la organización tanto del aseguramiento como de la prestación ha respondido a incentivos hacia una mayor producción de servicios de salud, en términos del número de actividades realizadas; más no en función de los resultados en salud o en los atributos oportunidad, integralidad y resolutivez, evidenciados en débiles procesos de referencia y contrarreferencia, casi inexistente intercambio de la información de registros clínicos entre prestadores y deficientes procesos de articulación de los prestadores en las redes para posibilitar estos propósitos.

En ese contexto y teniendo como marco el Proyecto de Ley No. 210 de 2013 Senado y sus acumulados número 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social de Salud el Ministerio viene trabajando en la formulación de los instrumentos para el fortalecimiento de los procesos de conformación, organización, operación, seguimiento y evaluación de las redes de prestadores de servicios de salud, en función de una respuesta adecuada y efectiva a la demanda y teniendo en consideración las condiciones de acceso, continuidad, integralidad, resolutivez y oportunidad, que permitan el logro de los resultados en salud y la satisfacción de los afiliados.

Así, se propende por un sistema en el cual la producción de servicios se valore, además, por criterios que al ser evaluados posibiliten el reconocimiento del desempeño de los agentes en aspectos muy relevantes como: (i) La gestión del Servicios (el acceso, la oportunidad, la continuidad e Integralidad en la atención); (ii) la calidad (técnica y percibida por los usuarios); (iii) de manera muy importante, la resolutivez, esto es, la eficacia que el proceso de atención tenga respecto de los objetivos que el sistema debe atender (la gestión de los riesgos en salud, la atención de la enfermedad, su tratamiento y rehabilitación) y la contribución que como tal ésta tendría en la consecución de mejores resultados en salud para el conjunto de la población. Adicionalmente, cada uno de estos aspectos necesariamente tendrá que ser valorado en la perspectiva de la reducción de las disparidades o brechas al interior de cada territorio.

**Al contestar por favor cite estos datos:**Radicado No.: **201411300050041**Fecha: **20-01-2014**

Página 14 de 42

La apuesta del nuevo sistema es que las atenciones en los prestadores primarios tengan impacto importante gestionando y controlando, con la mayor resolutivez posible, los riesgos en salud; así como brindar las atenciones más frecuentes de forma integral. Las atenciones que demanden mayor tecnología y especialización se derivarán a los prestadores complementarios, los cuales serán valorados de la misma manera en su desempeño.

Muy importante entonces, es reconocer que los incentivos que el sistema prevé para los gestores, se podrán realizar por parte de éstos, sólo en la medida en que los prestadores de servicios de salud que integran su red, contribuyan con su desempeño a los logros y resultados que el Ministerio de Salud y Protección Social, reconocerá a través del mecanismo de financiamiento gestionado por el Fondo Salud - Mía. De ahí que el sistema propende por unos mecanismos virtuosos orientados, no solo a la producción de servicios, sino a mejoras en la gestión del servicio, la calidad en la atención, los resultados en salud y la equidad de los mismos al interior de cada Área de Gestión Sanitaria y entre éstas.

11.7.2.2. Implementación de procesos y modalidades de atención que faciliten el acceso e integralidad en la atención.

La superación de barreras de acceso geográfico y funcional encuentra en las tecnologías de información y comunicaciones (TIC) alternativas para su abordaje. De esta manera, el país cuenta con una política nacional y ha desarrollado normatividad en Telesalud liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social y apoyada por el Ministerio de las Tecnologías de Información y Comunicaciones que favorece el uso de las TIC en la prestación de servicios, dirigidas a toda la población colombiana, en especial la que vive en lugares remotos, apartados y aislados; soportados en instituciones de salud de mediana y alta complejidad. Como tal, buscan promover el desarrollo y utilización de las TIC, en las entidades del sector salud, con el fin de mejorar el acceso, la calidad de la atención, la capacitación del recurso humano y la gestión institucional.

Desde 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social dio inicio a la formulación de la estrategia de salud electrónica del país que incluye el fortalecimiento de la Telesalud como uno de sus componentes. Se cuenta con una primera propuesta de procesos operativos estandarizados para la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina para los escenarios: Domiciliario y comunitario, Pre hospitalario, Consulta externa (general y especializada), Urgencias, Cuidado de paciente hospitalizado, Cuidado de paciente críticamente enfermo, Ayudas diagnósticas (imágenes, laboratorio y complementarios). Estos procesos operativos pretenden brindar lineamientos a los prestadores para la implantación y operativización de la modalidad de telemedicina en la prestación de los servicios.

Por otra parte, los Ministerios de Salud y Protección Social y de Tecnologías de Información y Comunicaciones, trabajan en mejorar la conectividad del sector salud, a través de programas con beneficios a los prestadores públicos de servicios de salud, acorde con las prioridades en salud, educación, alfabetismo digital, penetración de las TIC; y las agendas de desarrollo regionales. En este marco, se adelanta el fortalecimiento de la telefonía móvil y el Internet móvil en materia de salud, lo que ha permitido romper las barreras de acceso a los servicios, no sólo de atención sino de capacitación, asesoría y la gestión institucional, entre otros aspectos. Actualmente, varios de los hospitales que cuentan con el servicio de telemedicina



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 15 de 42

realizan sus interconsultas a través de dispositivos de Internet móvil celular como una solución en conectividad efectiva y eficiente.

En el mismo sentido, se encuentra activo el Nodo de Innovación en Salud en el marco del Subsistema de innovación para el uso y apropiación de las TIC en el gobierno, liderado por el ministerio de TIC. Dentro de este nodo se establece como línea temática TIC para el acceso a la salud donde se tienen previstos el desarrollo de los temas asociados a la telemedicina incluida la utilización de la telefonía móvil. Para la realización de las actividades previstas por la línea temática el Ministerio de TICS ha venido asignado recursos ejecutados a través de proyectos aprobados por Colciencias.

Con el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones se trabaja en definir el alcance de la estrategia de salud móvil, el campo de aplicación y el impacto de la misma sobre temas específicos (enfermedades crónicas no transmisibles, auto cuidado, adherencia a tratamientos y vacunación). Igualmente se está revisando la infraestructura disponible en servicios de telefonía móvil en el país. Del mismo modo, se avanza en la definición y desarrollo de aplicaciones para dispositivos móviles con diferentes sistemas operativos, para el uso en vigilancia comunitaria en salud pública, inducción de demanda de servicios de salud preventivos y publicación de indicadores de resultados en salud.

En este marco, a 30 de noviembre de 2013 en municipios de menos de 200.000 habitantes se cuenta con: 282 puntos de atención que tienen 1.344 servicios habilitados bajo la modalidad de telemedicina, ubicados en 195 municipios de 232 departamentos de los cuales, 163 son puntos de atención públicos con 1.022 servicios, ubicados en 134 municipios de 22 departamentos.

En la siguiente tabla se describe la distribución de servicios habilitados en los municipios de menos de 200.000 habitantes por departamento.

Tabla 4
Sedes y servicios habilitados bajo la modalidad de telemedicina en municipios de menos de 200.000 habitantes

Departamento	Prestadores públicos		Prestadores privados y mixtos		Total prestadores	
	Puntos de atención	Servicios	Puntos de atención	Servicios	Puntos de atención	Servicios
Amazonas	1	10	1	1	2	11
Antioquia	12	72	13	25	25	97
Arauca	3	4	8	34	11	38
Atlántico	5	15	4	5	9	20
Bolívar	9	36	4	11	13	47
Boyacá	10	66	2	4	12	70
Caldas	10	20	2	2	12	22
Caquetá	13	98	4	15	17	113
Casanare			1	1	1	1
Cauca	2	3	6	15	8	18
Cesar	5	57	4	13	9	70
Chocó	2	14	3	10	5	24
Córdoba	1	4	2	4	3	8



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 16 de 42

Departamento	Prestadores públicos		Prestadores privados y mixtos		Total prestadores	
	Puntos de atención	Servicios	Puntos de atención	Servicios	Puntos de atención	Servicios
Cundinamarca	4	8	4	18	8	26
Guainía	2	41	1	8	3	49
Guaviare	1	11			1	11
Huila	2	2	3	9	5	11
La Guajira	21	101	7	8	28	109
Magdalena	1	11	16	76	17	87
Nariño	22	211	5	11	27	222
Norte de Santander	9	61			9	61
Putumayo	7	66	6	13	13	79
Risaralda	7	18	1	1	8	19
San Andrés			2	8	2	8
Santander	5	19	11	17	16	36
Sucre			1	1	1	1
Tolima	2	18	2	3	4	21
Valle del Cauca	3	3	6	9	9	12
Vichada	4	53			4	53
Total general	163	1.022	117	314	282	1.344

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - Corte noviembre 30 de 2013

11.7.2.3. Definición de pautas técnicas y operativas.

El Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, se propone avanzar en el diseño y desarrollo de una estrategia para el mejoramiento del acceso a servicios de salud a poblaciones pobres y vulnerables afiliadas al régimen subsidiado, enfocada a reducir las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud.

De esta manera, para los grupos de personas y para las patologías y condiciones de salud que más los afectan, se definirán protocolos de gestión integral del riesgo en salud, los cuales en esencia pretenden dar las pautas técnicas y operativas que orienten las actividades de búsqueda activa de estas personas, la identificación y clasificación de sus riesgos en salud, la conformación de grupos a intervenir con acciones individuales y colectivas, y su abordaje mediante protocolos o programas de atención e intervención.

Esta es una tarea que deberá realizarse bajo la coordinación de las entidades territoriales involucradas, siendo su ejecución y financiación en el componente individual una responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, y en el componente de acciones colectivas de la entidad territorial, quienes conjuntamente con los prestadores de servicios de salud deberán encargarse de llevar a cabo las acciones descritas, las que estarán sujetas al pago en función del cumplimiento de metas de cobertura y de la obtención de resultados en salud.

Los protocolos incluirán el uso de los registros y verificación de datos de acuerdo a las bases de datos existentes, en forma integral desde la afiliación, la prestación de servicios y el pago.



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social
**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

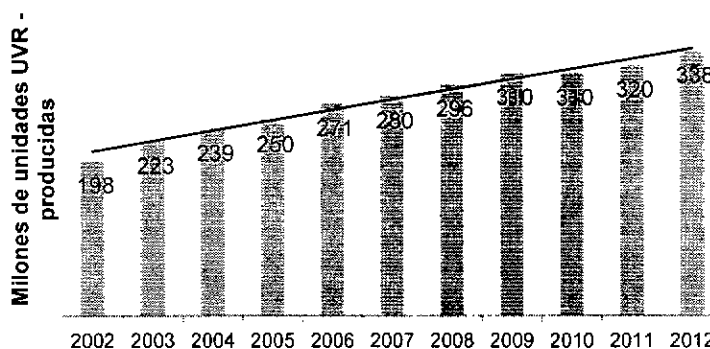
Fecha: 20-01-2014

Página 17 de 42

Todas las medidas descritas arriba han llevado a mejorar el acceso a los servicios de salud en los municipios de menos de 200.000 habitantes. En la actualidad el país posee un sistema de seguridad social en salud que garantiza la protección financiera a cerca del 95% de sus más de 47 millones de habitantes, 19.6 de los cuales se encuentran afiliados al régimen contributivo, 22.6 al régimen subsidiado, 2.5 a regimenes especiales y alrededor de 2.3 millones aun no están afiliados siendo en su mayoría población pobre.

En cuanto al acceso a la atención se registra un importante incremento en el volumen de servicios de salud prestados en los últimos años: en las IPS públicas se pasó de menos de 472 millones de unidades producidas en 2002 a cerca de 779 millones en 2012, con un incremento de 65%. Para el caso de las IPS públicas ubicadas en municipios con menos de 200.000 habitantes este incremento fue mayor: se pasó de 198 millones de unidades en 2002 a 338 millones en 2012, con un crecimiento de 71%. En la siguiente gráfica se presenta la información del número de unidades producidas las IPS públicas para cada año.

Gráfica 1
Evolución en el número de unidades – UVR – producidas por las IPS públicas ubicadas en municipios con menos de 200.000 habitantes 2002-2012



Fuente: Reporte información hospitales públicos Decreto 2193 de 2004.

De otra parte, existe evidencia que en cada municipio del país se cuenta con capacidad instalada de prestación de servicios de salud, que permite acceder en el mismo municipio a los servicios de puerta de entrada, tales como la consulta médica y odontológica y a las actividades de promoción y prevención. De acuerdo con la información reportada por las entidades territoriales al Registro Especial de Prestadores de Servicios (REPS), en los 1.073 municipios con menos de 200.000 habitantes, existen 5.826 servicios de medicina general, 6.448 de odontología general y 16.845 de promoción y prevención, tal como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 5
Nro. servicios habilitados en municipios con menos de 200.000 habitantes
Enero de 2014

Departamento	Nro. municipios <200 mil hb.	Nro. servicios de medicina general	Nro. servicios de odontología general	Nro. servicios de promoción y prevención



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 18 de 42

Departamento	Nro. municipios <200 mil hb.	Nro. servicios de medicina general	Nro. servicios de odontología general	Nro. servicios de promoción y prevención
Amazonas	2	17	19	33
Antioquia	121	591	831	1.376
Arauca	7	71	86	344
Arch.de San Andrés	2	19	19	25
Atlántico	21	137	109	317
Bolívar	45	267	233	697
Boyacá	123	403	540	1.301
Caldas	26	181	176	461
Caquetá	16	80	81	233
Casanare	19	124	152	402
Cauca	41	199	207	577
Cesar	24	194	178	670
Chocó	30	156	146	529
Córdoba	29	219	206	643
Cundinamarca	115	600	813	1.651
Guainia	1	5	6	18
Guaviare	4	20	24	56
Huila	36	109	138	353
La Guajira	14	162	140	628
Magdalena	29	285	211	845
Meta	28	107	114	337
Nariño	63	338	366	987
Norte de Santander	39	157	190	404
Putumayo	13	102	124	360
Quindío	11	58	72	148
Risaralda	13	70	68	182
Santander	85	360	339	1.072
Sucre	25	121	107	322
Tolima	46	168	186	436
Valle del Cauca	38	483	542	1.147
Vaupés	3	4	5	16
Vichada	4	19	20	275
Total general	1.073	5.826	6.448	16.845

Fuentes: Información reportada por las entidades territoriales al Ministerio de Salud y Protección Social a través del Registro Especial de Prestadores. Proyección de población total del DANE para 2014.

En relación con los servicios hospitalarios, es importante destacar que la ocupación de este servicio es menor en los municipios con menos de 200 mil habitantes, que en aquellos con mayor población. Para el año 2012, la ocupación promedio de las camas hospitalarias ubicadas en IPS públicas en municipios de menos de 200.000 habitantes no superó el 56%,



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 19 de 42

mientras que en las IPS públicas ubicadas en municipios con más de 200.000 habitantes, la ocupación de las camas hospitalarias en promedio superó el 85%.

Tabla 6
Porcentaje de ocupación promedio IPS públicas según tamaño población municipal
Año 2012

Departamento	% Ocupación promedio	
	Mpios < 200 mil hb	Mpios > 200 mil hb
Amazonas	45,8	
Antioquia	55,3	82,8
Arauca	39,3	
Atlántico	42,8	87,5
Bogotá		90,4
Bolívar	66,0	64,6
Boyacá	88,2	
Caldas	49,3	81,6
Caquetá	62,1	
Casanare	55,5	
Cauca	64,1	83,4
Cesar	58,8	92,9
Chocó	63,9	
Córdoba	70,0	95,3
Cundinamarca	54,4	59,7
Guainía	27,0	
Guaviare	48,1	
Huila	61,2	83,6
La Guajira	62,1	73,9
Magdalena	45,8	79,8
Meta	39,6	87,3
Nariño	69,3	82,2
Norte de Santander	40,3	85,2
Putumayo	57,5	
Quindío	61,6	78,0
Risaralda	53,6	86,6
Santander	36,6	88,6
Sucre	56,4	91,2
Tolima	62,5	81,7
Valle del Cauca	36,9	80,6
Vaupés	78,7	
Vichada	20,6	



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social
**PROSPERIDAD
PARA TODOS**


Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 20 de 42

Departamento	% Ocupación promedio	
	Mpios < 200 mil hb	Mpios > 200 mil hb
Total general	55,4	85,2

Fuentes: Información reportada por las IPS públicas y entidades territoriales al Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004. Proyección de población total del DANE para 2014.

Si bien desde la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 el acceso real y efectivo a los servicios de salud ha mejorado notablemente para todos los habitantes del país, persisten disparidades entre las poblaciones pobres y las de mayores ingresos⁶. Al problema de las disparidades en el acceso a los servicios entre las poblaciones de menores y mayores ingresos, se le agrega la insuficiencia relativa y la inadecuada distribución de los recursos humanos y de infraestructura en salud, ya que tienden a concentrarse en los grandes centros urbanos, no obstante que la oferta de camas disponible en municipios pequeños, como se mencionó, revela a su vez menor grado de ocupación. Este hecho revela eventuales limitaciones en la productividad o en la capacidad resolutive de dicha oferta respecto de lo que sería deseable; la tendencia a referir o consultar en lugares con disponibilidad de oferta más integral, o ambas. No obstante, con las medidas descritas arriba el Ministerio espera mejorar aún más el acceso a servicios en los Municipios de menos de 200.000 habitantes.

11.8. ¿Por qué es confiable la información recibida para la fijación de la UPC en el régimen contributivo si la misma fue suministrada solo por 20 de las 24 EPS autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para operar en dicho régimen y no por la totalidad de ellas?

En el proceso de cálculo de la UPC se utilizan elementos de carácter matemático estadístico y actuarial; como tal, se toma la mayor cantidad de información disponible que pase los procesos de calidad⁷. La información se solicita y se da un término para su entrega por parte de las administradoras. El 83.33% de las aseguradoras del Régimen Contributivo reportaron la información para estimar la UPC del año 2013 es decir 20 de las 24 entidades habilitadas, de las cuales 14 pasaron los procesos de calidad (explicados más adelante), estas afilian al 97% de la población perteneciente a este régimen⁸, lo cual otorga un grado de confiabilidad alto al insumo para el cálculo.

A continuación se explican los procesos de calidad y su evolución, en la actualidad los tres primeros procesos se encuentran sistematizados a través de la malla de validación que se

⁶ De acuerdo con la encuesta de calidad de vida para el año 2008, el 23% del quintil de población más pobre accedió en los últimos 30 días anteriores a la encuesta al servicio de consulta especializada, mientras que en el quintil de población más rica el acceso fue de 43%.

⁷ ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN EL AÑO 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social. Página 11.

⁸ ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN EL AÑO 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social. Página 27-34.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 21 de 42

dispone para todos los aseguradores en el momento de solicitar la información en dicha solicitud también se suministran los códigos de los demás procesos de calidad es importante tener en cuenta que cada uno de estos procesos están acompañados de un feedback con las aseguradoras.

AÑO	PROCESOS DE CALIDAD
2001-2003	Revisión de la información a nivel de dato y no de registro Calidad de la información (campos vacíos, con datos inconsistentes) Falta tablas de referencia
2004	Calidad 1. Verificación de estructura Calidad 2. Consistencia de la información epidemiológica Calidad 3. Consistencia de la información financiera
2005	Calidad 1. Verificación de estructura de los archivos de reporte Calidad 2. Verificación de la consistencia interna de la información Calidad 3. Verificación cruzada de la información Calidad 4. Verificación de derechos de usuarios Calidad 5. Verificación de atenciones en salud únicas Calidad 6. Verificación de la consistencia de la información financiera
2006-2010	Calidad 1. Verificación de estructura de los archivos de reporte Calidad 2. Verificación de la consistencia interna de la información Calidad 3. Verificación cruzada de la información Calidad 4. Verificación de derechos de usuarios Calidad 5. Verificación de atenciones en salud únicas Calidad 6. Verificación de relaciones diagnósticos y actividades procedimientos e intervenciones. Calidad 7. Verificación de la consistencia de la información financiera Validación de dosis de medicamentos
2011-2013	Calidad 1. Verificación de estructura de los archivos de reporte Calidad 2. Verificación de la consistencia interna de la información Calidad 3. Verificación cruzada de la información Calidad 4. Verificación de derechos de usuarios Calidad 5. Verificación de atenciones en salud únicas Calidad 6. Verificación de frecuencias y valor de afiliados Calidad 7. Verificación de afiliados con misma identificación diferente sexo o fecha de nacimiento Validación de dosis de medicamentos

Calidad 1

Verificación de la estructura de los archivos de reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido en la solicitud de información.

Calidad 2 y 3

La verificación de la consistencia interna de la información se relaciona con la revisión de las relaciones entre diagnósticos con edad y sexo; y actividades, intervenciones y procedimientos con sexo. Verificación cruzada de la información buscando la correspondencia entre las actividades, intervenciones y procedimientos con su ámbito y días de estancia, y en el ámbito ambulatorio alertas en cuanto a valores reconocidos máximos y mínimos.



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411300050041**

Fecha: **20-01-2014**

Página 22 de 42

En la consistencia interna de la información se realizan validaciones cruzadas entre dos o más variables de la solicitud, utilizando dos tablas una para Diagnósticos y otra para Actividad, intervención y procedimiento.

• **Diagnósticos:** Para la validación del Diagnóstico se utiliza la tabla de CIE10 (CIE-10 validador.xls) con cinco columnas (código del diagnóstico, nombre del diagnóstico, sexo, edad mínima y edad máxima). La primera columna se utiliza para la validación del campo en calidad 1, la columna Diagnóstico, sexo, Edad Min. y Edad Máx. Se hacen validaciones cruzadas de la siguiente manera:

Sexo: (M) Masculino, (F) Femenino, (A) Indistinto.

Edad: El valor de la edad se calcula en años con la fecha de nacimiento que aparece en el reporte y el 31 de Diciembre del año de reporte, para los casos en los cuales no existe límite inferior el valor cero en la tabla y para los casos en los cuales no existe límite superior el valor es 999 en la tabla

• **Actividad, intervención y procedimiento:** Para la validación de Actividad, intervención y procedimiento se utiliza la tabla de CUPS con 8 columnas (cups_validador.xls) Código, Descripción, sexo, Ámbito, límite inferior, límite superior, estancia, único. Las cuales cruzan dos o tres columnas según los siguientes criterios:

1. La primera columna se utiliza para la validación del campo en calidad
2. La primera columna y la columna sexo valida el género de la actividad, intervención y/o procedimiento, (M) Masculino, (F) Femenino, (A) Indistinto.
3. La primera columna y la columna Ámbito validan el ámbito de la actividad, intervención y/o procedimiento A: Ambulatorio, H: Hospitalario, U: Urgencias, D: Domiciliario, Z: Indistinto
4. La primera columna y las columnas límite inferior y límite superior hace validación cruzada entre actividad, intervención y/o procedimiento, forma de reconocimiento "S" y los valores tarifario mayores 1,5, menores 0,5 o iguales a cero (0). Esta validación no genera un error es solo una alerta para que la EPS tenga en cuenta por si al generar el archivo se generan valores de consultas de medicina general de \$300.000.000 como ocurrió en anteriores ocasiones.
5. La primera columna, el ámbito y la columna estancia hace las siguientes validaciones:
 - a. ámbito A o U o D tiene días de estancia cero, son códigos de la columna estancia marcados con B.
 - b. Si ámbito es H debe tener días de estancia mayor que cero, son los códigos de la columna estancia marcados con E.
6. La primera columna y ámbito hacen las siguientes



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 23 de 42

- a. Forma de reconocimiento "T" y ámbito "H" debe tener días de estancia mayor que cero
- b. Forma de reconocimiento diferente de "T" y códigos de la columna ámbito marcado como "H" días de estancia mayores que cero

Calidad 4

Verificación de derechos de los usuarios. Cruza los usuarios a los que se les prestaron servicios contra la totalidad de las base de datos de poblacionales disponibles.

Calidad 5

Verificación de atenciones en salud únicas, detecta registros iguales por año y día con las variables de identificación y fecha de servicio.

Para la validación de atenciones en salud únicas, se utiliza la tabla de CUPS (cups_validador.xls), la validación se hace con la primera y última columna aplicando las siguientes reglas:

- Duplicados A (Únicos Año), registros iguales por EPS, tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, actividad
- Duplicados G (Únicos fecha de Servicio), registros iguales EPS, tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, fecha de servicio, actividad

Calidad 6

Verificación de frecuencias y valor de afiliados con frecuencias mayores a 100 actividades anuales y valores de prestación de servicios mayores a \$100.000.000 de pesos.

En este proceso de calidad se cuentan las actividades por afiliado con los criterios de agrupación EPS, tipo de identificación, número de identificación y forma de reconocimiento y pago y se seleccionan aquellos con cien (100) o más actividades.

Calidad 7

Verificación de las actividades de afiliados con el mismo tipo de identificación y número de identificación que aparecen con diferente sexo o fecha de nacimiento.

Una vez establecida la calidad de la información, se determina la cobertura de los datos a través de la matriz de cobertura de registros de información de prestación de servicios de salud de cada una de las EPS. Esta matriz verifica la cobertura de registros frente al universo de datos que debieron ser reportados por los prestadores a las aseguradoras, los registros válidos y los valores soportados en la base de datos. Adicionalmente, en ella se identifican los numeradores y denominadores para cada uno de los indicadores de cobertura teniendo en cuenta dos variables de referencia, el ámbito en el que se realizó la prestación del servicio y, otra variable, la forma de reconocimiento o pago del servicio de salud prestado; si se dieran



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 24 de 42

todas las formas de reconocimiento y de ámbito, se tendría un total de sesenta indicadores por aseguradora.

Para tomar la decisión sobre cuáles de las aseguradoras pueden hacer parte del estudio porque tienen una cobertura aceptable, con todas las coberturas obtenidas para cada una de las aseguradoras, se construye una matriz de coberturas de registros de información de prestación de servicios de salud para el conjunto de las EPS. El criterio de selección es una cobertura igual o mayor al 90%; sin embargo, cuando las aseguradoras no alcanzan este porcentaje, se determina el percentil 75 una vez eliminados valores por encima de 100% y se selecciona el conjunto de aseguradoras, que en ningún caso las coberturas deberán ser inferiores al 70%, dado que se estima que coberturas por debajo de ese nivel ponen en riesgo el cálculo adecuado de la suficiencia⁹.

11.9. Si de las 45 EPS autorizadas por la Supersalud para operar en el régimen subsidiado, solo 35 remitieron los datos requeridos, ¿qué otorga confiabilidad a esta información?

La confiabilidad como ya se explicó en apartes anteriores está dada por los procesos de calidad que se llevan a cabo con la información allegada por parte de las EPS, para el Régimen Subsidiado 35 EPS remitieron información, y 9 pasaron los procesos de calidad, sin embargo esta información no es representativa de la población que se benefició del proceso de unificación del año 2012, es por ello que se toman las frecuencias para estos grupos etarios del Régimen Contributivo.

El hecho de no tener el universo completo no es causal de una baja confiabilidad o calidad, esto está soportado por la Ley de los Grandes Números,¹⁰ la cual es base fundamental de las técnicas actuariales de cálculo y determinación concreta de las primas que deben aplicarse para la cobertura de riesgos.

La consecuencia derivada de la Ley de los Grandes Números es que cuando su aplicación se efectúa sobre una adecuada y suficiente base estadística, determinan el grado de posibilidad de que se produzca determinado acontecimiento (fallecimiento de una persona dentro de una colectividad humana, incendio de un edificio en el conjunto de una masa de inmuebles, etc.). Por ello, esta ley es la base fundamental teniendo en cuenta que cualquier actividad aseguradora ha de apoyarse en la Ley de los Grandes Números. El fin primordial que debe perseguir cada entidad es conseguir un volumen de riesgos asegurados lo suficientemente amplio («masa») para dar solidez técnica a su actividad, que de otra forma quedaría convertida en un simple juego apoyado en el azar, en donde el riesgo, el siniestro y el pago de

⁹ ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN EL AÑO 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social. Página 12.

¹⁰ Es el nombre con que se conoce al postulado científico en que se establece que los fenómenos eventuales, que circunstancialmente se producen o manifiestan al examinar continuamente un mismo acontecimiento, decrecen en su irregularidad hasta adquirir una constante, a medida que aumenta el número de veces en que la observación es realizada o se extiende la masa de hechos a que se aplica dicha observación.



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social
**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 25 de 42

la indemnización quedarían supeditados a una circunstancia que, por principio, es totalmente opuesta a la esencia del seguro: la suerte"¹¹

11.10. Si la calidad de la información del régimen subsidiado es inferior a la utilizada en el contributivo, ¿por qué se considera confiable para determinar que el valor de la UPC-S debe ser diferente a la UPC-C?

Tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo se utilizan las mismas mallas de validación para procesar la información y obtener una información confiable. Teniendo en cuenta que la UPC del contributivo se calcula separada a la UPC del subsidiado pero con la misma metodología, los valores pueden y son diferentes a causa de la información recibida de las EPS de cada uno de los regímenes, y a las variables externas antes mencionadas.

Los procesos de calidad que se llevan a cabo con la información allegada por parte de las EPS, para el Régimen Subsidiado aseguran la calidad de las EPS que pasan dichos procesos. Sin embargo esta información no es representativa de la población que se benefició del proceso de unificación del año 2012. Con los datos de cada uno de los regímenes por separado se utilizan metodologías estadísticas y actuariales que se encuentran debidamente explicadas en los estudios correspondientes que ya se han entregado, las cuales permiten realizar los cálculos y obtener un resultado que para el año 2013 se evidenció que es diferente entre la UPC-C y la UPC-S.

11.12. ¿Por qué se estima la prima pura del régimen subsidiado con base en la información del contributivo. Acaso en aquél no hay datos confiables y de calidad para fijar dicho valor?

El Ministerio de Salud y Protección Social adelanta anualmente la revisión de la suficiencia de la UPC y el cálculo de la prima y los factores de ajuste de riesgo con el objeto de brindar elementos ciertos para la toma de decisiones, inicialmente para la secretaría técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS); luego para la Comisión de Regulación en Salud (CRES); y en la actualidad para la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud que tiene a su cargo "la asesoría en los temas referentes a la formulación de la política de beneficios, costos y tarifas en aseguramiento en Salud." Todo ello en el marco de los desarrollos académicos y experiencias de otros países frente a las metodologías de cálculo de primas de aseguramiento y de ajuste de riesgo.

Para tales estudios fue necesario establecer un sistema de información¹² cuya evolución se presenta a continuación.

¹¹ Filomeno Mira, María Luisa Castelo, Fundación Mapfre, Diccionario de Seguros, 2008. Para su consulta virtual se puede consultar en los siguientes link:

<http://www.mapfre.com/wdiccionario/terminos/vertermino.shtml?l/Ley-de-los-Grandes-Numeros.htm>

<http://www.mapfre.com/wdiccionario/terminos/vertermino.shtml?m/masa-asegurable.htm>



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 26 de 42

PERIODO SOLICITADO	AÑO DE SOLICITUD	UPC	CARACTERÍSTICAS
2001-2003	2004	2005	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud diferente para los regimenes contributivo y subsidiado 38 variables Tres formatos de diligenciamiento Múltiples codificaciones sin estandarización Validación por variables manual
2004	2005	2006	<ul style="list-style-type: none"> Unificación de la solicitud para ambos regimenes 16 variables Dos formatos de diligenciamiento Múltiples codificaciones estandarizadas Validación por registro en malla
2005	2006	2007	<ul style="list-style-type: none"> Validación por registro en malla con más procesos de calidad Unificación de la codificación Pago por servicio sin detalle Pago directo Ámbito domiciliario
2006	2007	2008	<ul style="list-style-type: none"> Validación por registro en malla Procesos adicionales de calidad Pago por servicio sin detalle Información del primer semestre de 2007 para el estudio del impacto de los periodos mínimos de carencia a 26 semanas Uso de información agregada para el cálculo de uso de servicios en la captación del régimen subsidiado Creación de códigos de reporte de actividades del POS del régimen subsidiado de los pueblos indígenas
2007	2008	2009	<ul style="list-style-type: none"> Validación por registro en malla Procesos adicionales de calidad Pago por servicio sin detalle Autorizaciones Formato de reporte de los contenidos de las actividades, intervenciones y procedimientos agregados en la base de datos de prestación de servicios de salud por la EPS al MPS
2008	2009	2010	<ul style="list-style-type: none"> Validación por registro en malla Procesos adicionales de calidad Pago por servicio sin detalle Autorizaciones Código Prestador de servicios de salud

¹² Un Sistema de Información, es aquél que permite recopilar, validar, organizar y administrar un conjunto de datos que conforman la información necesaria para que los estamentos ejecutivos de una organización puedan realizar una toma de decisiones informadamente.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 27 de 42

PERIODO SOLICITADO	AÑO DE SOLICITUD	UPC	CARACTERÍSTICAS
2009	2010	2011	<ul style="list-style-type: none"> Validación por registro en malla Procesos adicionales de calidad Pago por servicio sin detalle Autorizaciones Código Prestador de servicios de salud Primer semestre de 2009 Año completo de 2009
2010	2011	2012	<ul style="list-style-type: none"> Validación por registro en malla Procesos adicionales de calidad Pago por servicio sin detalle Autorizaciones Código Prestador de servicios de salud Año completo de 2009
2011	2012	2013	<ul style="list-style-type: none"> Validación por registro en malla Procesos adicionales de calidad Pago por servicio sin detalle Autorizaciones Código Prestador de servicios de salud

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

La información recopilada por el ministerio surte procesos de validación con el fin de obtener la información de calidad que permita tener insumos confiables para la estimación de la prima. Los procesos de calidad se describen en la siguiente tabla y fueron explicados con mayor detalle arriba.

AÑO	PROCESOS DE CALIDAD
2001-2003	Revisión de la información a nivel de dato y no de registro Calidad de la información (campos vacíos, con datos inconsistentes) Falta tablas de referencia
2004	Calidad 1. Verificación de estructura Calidad 2. Consistencia de la información epidemiológica Calidad 3. Consistencia de la información financiera
2005	Calidad 1. Verificación de estructura de los archivos de reporte Calidad 2. Verificación de la consistencia interna de la información Calidad 3. Verificación cruzada de la información Calidad 4. Verificación de derechos de usuarios Calidad 5. Verificación de atenciones en salud únicas Calidad 6. Verificación de la consistencia de la información financiera
2006-2010	Calidad 1. Verificación de estructura de los archivos de reporte Calidad 2. Verificación de la consistencia interna de la información Calidad 3. Verificación cruzada de la información Calidad 4. Verificación de derechos de usuarios Calidad 5. Verificación de atenciones en salud únicas Calidad 6. Verificación de relaciones diagnósticos y actividades procedimientos e intervenciones. Calidad 7. Verificación de la consistencia de la información financiera Validación de dosis de medicamentos



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

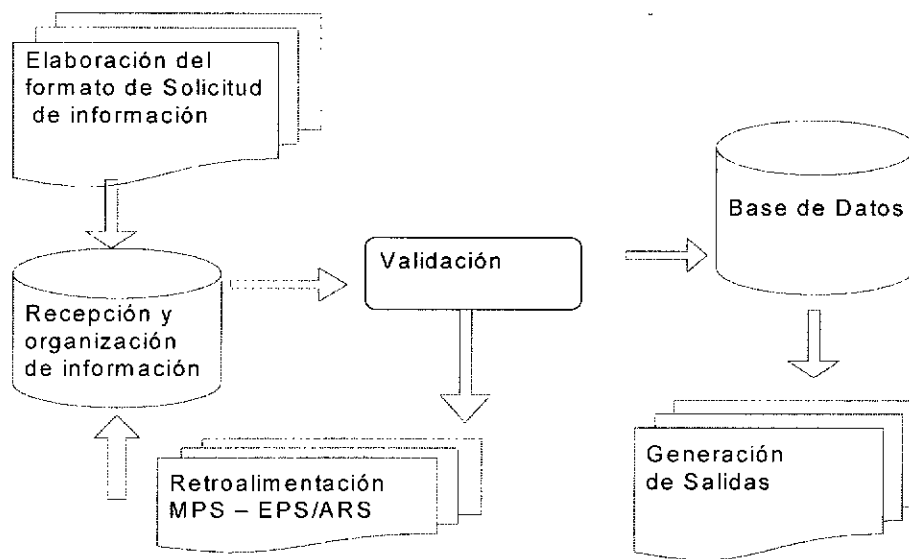
Fecha: 20-01-2014

Página 28 de 42

2011-2013	Calidad 1. Verificación de estructura de los archivos de reporte Calidad 2. Verificación de la consistencia interna de la información Calidad 3. Verificación cruzada de la información Calidad 4. Verificación de derechos de usuarios Calidad 5. Verificación de atenciones en salud únicas Calidad 6. Verificación de frecuencias y valor de afiliados Calidad 7. Verificación de afiliados con misma identificación diferente sexo o fecha de nacimiento Validación de dosis de medicamentos
-----------	---

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

El procesamiento de la información del Estudio es dinámico, desde la concertación para la solicitud de información hasta la recepción, organización, retroalimentación y validación de la misma. Una vez recibida la información de población y servicios de salud provenientes de las EPS se realiza un inventario de la misma y se conforma una base de datos inicial por cada uno de los regímenes. Luego se inicia su proceso de verificación de la calidad y cobertura de la información, los cuales se describen a continuación. Finalmente, se conforma la base de datos con las EPS seleccionadas:



El resultado de este sistema de información se plasma en los estudios de suficiencia los cuales responden a:

- Necesidades de salud de la población y Perfil epidemiológico
- La UPC representa el valor a reconocer para garantizar la prestación de servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 29 de 42

Este estudio analiza cada uno de los regímenes de manera independiente, dado que si bien es cierto el Plan Obligatorio de Salud (POS) para el año 2013 está igualado, las fuentes de financiación, los costos en salud según la evidencia disponible y los costos administrativos, siguen siendo distintos.

Con lo expuesto anteriormente se busca determinar la morbilidad atendida en cada EPS y en el Sistema, determinar las frecuencias de uso de los servicios de salud de la población afiliada en cada EPS y del Sistema, establecer el promedio del valor de la prestación de servicios a la población afiliada de cada EPS y del Sistema, construir estimaciones más ajustadas del valor que ha de reconocerse con cargo a la UPC por cuenta de la presencia de siniestros incurridos pero aún no reportados o no bien avisados en el reporte que se genera de esta solicitud de información, establecer la suficiencia de la UPC y realizar los ajustes que sean pertinentes para financiar y ajustar los servicios del POS en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado respectivamente y evaluar los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la UPC en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Con el propósito de disponer de información para la toma de decisiones sobre la prestación de servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección tiene establecidas tres estrategias:

- Fortalecimiento del Registro Individual de Prestaciones en Salud – RIPS desde las EPS.
- Información de Prestaciones de Salud desde las IPS y mejoramiento de la calidad de datos desde la fuente.
- Integración de Registros nominales en salud en la Bodega de Datos del SISPRO.

11.12.1. Fortalecimiento del Registro Individual de Prestaciones en Salud – RIPS desde las EPS.

Las acciones están orientadas a brindar asistencia técnica personalizada a las EPS que afilian el 80% de la población tanto en Régimen Contributivo como en el Subsidiado, y a las Direcciones Departamentales de Salud (DDS) que tienen el 80% de participación en la afiliación, para el fortalecimiento de su capacidad de gestión como pagador y como ente rector a nivel territorial. Las DDS a su vez dan asistencia técnica personalizada a las Direcciones Municipales para fortalecer su capacidad de vigilancia a las IPS en el cumplimiento de su obligación de reportar a las EPS; se realiza la concertación de planes de mejoramiento con EPS y DDS, y acompañamiento y seguimiento a los mismos y la retroalimentación a las EPS y DDS sobre su gestión de datos y publicación de los resultados e indicadores de mejoramiento en la página Web del Ministerio.

De igual manera, se dio asistencia técnica y se ampliaron los controles automatizados a la calidad y consistencia de los datos. Como resultado de la gestión se tienen 265'000.000 de datos validados y cargados a la base de datos RIPS, de los cuales 183'520.330 son datos de 2012.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411300050041**

Fecha: **20-01-2014**

Página 30 de 42

11.12.2. Información de Prestaciones de Salud desde las IPS y mejoramiento de la calidad de datos desde la fuente.

Como parte de la integración de los registros nominales por persona a la Bodega de Datos del SISPRO se inició un proyecto para realizar la transferencia directa, validación, la auditoria y la disposición en SISPRO de los archivos de datos de RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS al Ministerio de Salud y Protección Social en forma periódica (mensual). Esta estrategia permitirá el seguimiento a cohortes poblacionales en materia de prestaciones, oportunidad en la información sobre morbilidad, servicios solicitados, entre otros.

En relación con el mejoramiento de la calidad de los datos desde la fuente en el 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social con la OPS capacitó a un grupo de 25 personas en codificación CIE-10 para diagnósticos en salud y en el marco de estándares en salud se está actualizando el Código Único de Procedimientos en Salud - CUPS.

11.12.3. Integración de Registros nominales en salud en la Bodega de Datos del SISPRO.

En cumplimiento de lo establecido en la Ley 1438 de 2011 relacionada con el establecimiento del Sistema de Evaluación de Actores del SGSSS, el establecimiento de tendencias y mediciones específicas de temas particulares, la caracterización de la población (por municipio/departamento/EAPB/ tipo de región), la articulación del Sistema de Información a través del SISPRO y para establecer diversos observatorios establecidos en la normatividad vigente, se inició la integración en la Bodega de Datos de alrededor de 22 bases de datos que contienen registros de personas. Algunas de ellas disponibles en la Bodega, otras ingresaron en 2012 y otras durante el 2013. Las nuevas fuentes integradas a la bodega de datos en el 2012, son: SISBEN III, Registro de Estadísticas Vitales 2005 – 2010 del DANE; Red Unidos; Registro de personas con discapacidad y Registro de Población en situación de desplazamiento.

Esta información nominal se integra con los datos nominales del RIPS lo que permite caracterizar mejor la población y se disponen a través de "cubos" para el análisis a los usuarios. Los "cubos" disponibles con información de RIPS son:

PROCESO MISIONAL	COMPONENTE	CUBO
Demanda y uso	Salud	Prestación de Servicios de Salud
Aseguramiento, Demanda y Uso y Oferta	Salud, Promoción Social	Registro de Personas con Discapacidad <i>(incluye integración con otros Cubos)</i>
Aseguramiento, Demanda y Uso y Oferta	Salud, Promoción Social	Red Unidos <i>(incluye integración con otros Cubos)</i>
Aseguramiento, Demanda y Uso y Oferta	Salud, Promoción Social	Registro de población infantil - CDI – ICBF

11.12. ¿Por qué se estima la prima pura del régimen subsidiado con base en la información del contributivo. Acaso en aquél no hay datos confiables y de calidad para fijar dicho valor?



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 31 de 42

El Régimen Subsidiado ha tenido avances en sus sistemas de información sin embargo no ha alcanzado la maduración deseable y necesaria. La información allegada por parte de las EPS no carece de confiabilidad en sus datos sino de magnitudes que sean consideradas estadísticamente significativas que lleven por tanto a una estimación cuya fuente sea solo los servicios prestados a los afiliados a dicho régimen, es por ello en aras de lograr la equiparación en los montos de primas puras se parte del supuesto que bajo las mismas condiciones de calidad en la prestación de los servicios, las frecuencias y los costos promedios no deben variar en los regímenes, es por ello que se toma la información de Régimen Contributivo que como se demostró anteriormente tiene magnitudes y calidades que aseguran representatividad y significancia estadística necesaria para realizar las estimaciones y cálculos a los que haya lugar.

11.13. Teniendo en cuenta afirmaciones que sobre frecuencia de uso se hacen en el "Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan obligatorio de salud en el año 2013", aclare: ¿Por qué es válido sostener, sin incurrir en una falacia ad ignoratiam, que no existiendo evidencia de que las frecuencias de uso en ambos regímenes sean iguales, puede colegirse que éstas son diferentes; acaso dicha conclusión no debería estar soportada en información del propio régimen subsidiado, así como en datos confiables, completos e íntegros y no en meras estimaciones o conjeturas?

Dentro del cálculo de la UPC, tanto para el régimen contributivo como subsidiado, se ha mencionado que se realiza sobre "la información entregada por las aseguradoras" (página 2 del "Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan obligatorio de salud en el año 2013"), con la cual se ha llegado a las conclusiones que igualmente se presentan en el documento referido (páginas 68 a 70) donde sin lugar a dudas se afirma que **"no hay evidencia sobre frecuencias de uso iguales"** y por lo tanto desde ningún punto de vista se incurre en una falacia ad ignoratiam; lo anterior se debe a que las condiciones de aseguramiento entre los regímenes son diferentes sin que esto quiera decir que los beneficios de los que gozan en cada régimen sean menores o mayores; por el contrario, lo que aseguraron los diferentes procesos de unificación fue la igualdad en los planes sin que esto signifique la igualdad en la UPC.

11.14. ¿Cuáles son las razones concretas que justifican que el valor de la UPC-S no sea igual al de la UPC-C, aún cuando en las recomendaciones fruto del "Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan obligatorio de salud en el año 2013" se indicó que el incremento de la primera tendría como techo alcanzar el 100% de la segunda?

En el régimen subsidiado se estimaron varios escenarios del radio de pérdida esperado en función de la prima pura seleccionada, teniendo en cuenta que en la actualidad se encuentran unificados los planes de beneficios pero que a la fecha no hay evidencia sobre frecuencias de uso iguales en ambos regímenes, tal como se evidenció en los menores de 18 años donde las



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 32 de 42

primas puras del régimen subsidiado corresponden al 70.90% de las primas observadas en el régimen contributivo.¹³

Asimismo, los ponderadores establecidos tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado responden al riesgo por sexo, edad y zona geográfica, los cuales presentan diferencias debido a que el comportamiento y la concentración de población es diferente entre los regímenes.

De igual manera otro factor determinante que ocasiona la diferencia entre las UPC de los regímenes contributivo y subsidiado son los porcentajes de administración que se establecieron con la Ley 1438 de 2011.

Adicional a lo anterior es importante recalcar que a pesar de las diferencias en términos nominales, se cuenta con el mismo plan de beneficios y la Unidad de Pago por capitación está estimada con el fin de que presenten todos los servicios incluidos sin barreras de acceso a los mismos recordando que es un sistema general e integral en salud.

11.15. ¿Por qué, si conforme al Marco Fiscal de Mediano Plazo de 2012, allegado en respuesta al Auto de 5 de junio de 2013, se admite que con la unificación de los Planes Obligatorios de Salud la frecuencia de uso se igualará entre los regímenes contributivo y subsidiado, se insiste en diferenciar el valor de las UPC?

Como bien se menciona "la frecuencia de uso se igualará entre los regímenes contributivo y subsidiado". A la fecha ello aún no ha sucedido. Como se ha descrito en los diferentes documentos que ya han sido entregados a esas instancias, el cálculo de la UPC se realiza con la información que es entregada por las EPS y por lo tanto, hasta que no haya evidencia de esa igualación de frecuencias de uso entregadas a través de las EPS, no hay justificación técnica alguna para realizar la igualación en valor monetario de las UPC.

En el mismo orden de ideas, en la página 287 del documento "Marco Fiscal de Mediano Plazo de 2012" se señala: "Es importante señalar que si bien la unificación de los planes de beneficio se realizará a partir del 1 de julio de 2012, la UPC del régimen subsidiado tendrá una senda creciente mientras la frecuencia de uso del mismo se iguala a la del régimen contributivo." Igualmente, en la página 69 del documento "Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan obligatorio de salud en el año 2013" se menciona: "En el régimen subsidiado se estimaron varios escenarios del radio de pérdida esperado en función de la prima pura seleccionada, teniendo en cuenta que en la actualidad se encuentran unificados los planes de beneficios pero que a la fecha no hay evidencia sobre frecuencias de uso iguales en ambos regímenes tal como se evidenció en los menores de 18 años donde las primas puras del régimen subsidiado corresponden al 70.90% de las primas observadas en el régimen contributivo."

¹³ Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan obligatorio de salud en el año 2013 - Ministerio de Salud y Protección social, Diciembre 2012



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 33 de 42

Lo anterior significa que la igualación de primas es una meta futura que está sujeta al cumplimiento de las condiciones técnicas necesarias. Justamente en ese sentido se han orientado las acciones del Ministerio y las decisiones sobre fijación de primas.

12. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá allegar un reporte sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud en el régimen subsidiado, respecto del período comprendido entre el 1° de enero y el 30 de noviembre de 2013. Esta información deberá presentarse por grupo étnico, por departamento y por EPS-S.

El numeral 12 del Auto 278 de 2013 señala que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá allegar un reporte sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud en el régimen subsidiado, respecto del periodo comprendido entre el 1° de enero y el 30 de noviembre de 2013. Esta información deberá presentarse por grupo étnico, por departamento y por EPS-S.

En este sentido este Ministerio radicó el 13 de enero de 2014 el oficio No. 201311300356883 de fecha 17-12-2013, en el cual informó que si bien se cuenta con varias fuentes para el monitoreo de la calidad para el período solicitado en el Auto, su consolidación ocurre durante el primer trimestre del año.

Tal como se informó en la citado radicado los datos proporcionados por los Indicadores de Alerta Temprana definidos en la Circular 059 de 2009 de la Superintendencia de Salud, los cuales incluyen mediciones de proceso representados en tiempos de espera para consultas y exámenes diagnóstico y mediciones de resultado como son tasas de mortalidad infantil y materna. La información definitiva de una anualidad de estos indicadores sólo se hace disponible en el primer trimestre del siguiente año. Esto porque una vez cargada la información se inicia un proceso técnico de revisión, ajuste y consolidación que en parte se ha perfeccionado siguiendo las recomendaciones de los grupos de seguimiento de la sentencia T-760 de 2008.

Algo similar ocurre con las demás fuentes de información necesarias para la construcción de este reporte, por esta razón fue necesario solicitar una ampliación del plazo de la respectiva orden.

Dado el contexto anterior, presentamos en esta respuesta preliminar la metodología, el marco conceptual, y los dominios, subdominios e indicadores básicos para que una vez se cuente con la disponibilidad de la información, se lleve a cabo la evaluación de la calidad de la atención del régimen subsidiado.

12.1. Metodología

Para la construcción de este reporte se definieron cuatro fases: la primera tuvo como objetivo seleccionar las dimensiones de la calidad que se encuentran presentes en la prestación de los servicios de salud y que guardan coherencia con la gestión de riesgo llevada a cabo por el asegurador; en la segunda se seleccionaron los ámbitos a tratar, en el marco de las



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411300050041**

Fecha: **20-01-2014**

Página 34 de 42

prioridades nacionales en salud y los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS; la tercera implicó la selección de indicadores que permitieran observar y evaluar el comportamiento de una situación o evento determinado representativo de la calidad en la prestación de los servicios de salud en el régimen subsidiado; y una última fase que está en desarrollo y que incluye la recopilación de la información y la semaforización de los resultados mediante intervalos de confianza, para facilitar al lector la interpretación del comportamiento de los indicadores. Es importante anotar que en el análisis de los indicadores se seguirán los requisitos exigidos en el Auto 278, en el sentido de agruparlos por Departamento, EPS-S y grupo etéreo en la medida que la información lo permita.

Para la realización de este reporte se utilizarán principalmente las siguientes fuentes de información:

- Registro de casos de Notificación Obligatoria –*SIVIGILA*
- Registro único de Afiliados de Nacimientos y Defunciones –*RUAFND*
- Registro de actividades de protección específica para detección temprana- *Resolución 4505 de 2012*
- Registro Individual de Prestación de Servicios-*RIPS*
- Registro de Enfermedad Renal Crónica- *Resolución 4700 de 2008*
- Registro de pacientes VIH- *Resolución 4725 de 2011*
- Reporte de EPS Indicadores Alerta Temprana- *Sistema de Inteligencia de Negocios - Circular Única Archivo 120 Superintendencia Nacional de Salud.*

12.2. Marco Conceptual, dimensiones e indicadores básicos sobre calidad de la atención.

Como parte de la primera y segunda fase el Ministerio de Salud y Protección Social realizó un trabajo conceptual el cual se presenta a continuación, y que permitió definir los ámbitos y dimensiones que tratará el reporte. Es importante anotar que este trabajo parte de los trabajos previos realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la materia (Ministerio, 2009).

En el año 2006 la Organización Mundial de la Salud sugirió seis áreas o dimensiones de la calidad, en las que se debería concentrar un sistema de salud:

1. *Efectividad*: entregando el cuidado médico adherente a una base de evidencia científica y a resultados en mejoramiento de la salud para los individuos y las comunidades según sus necesidades.
2. *Eficiencia*: entregando el cuidado médico de forma que se maximice el uso del recurso y se eviten desperdicios.
3. *Accesibilidad*: entregando el cuidado médico de manera oportuna, geográficamente razonable, y con un ajuste en habilidades y recursos para la necesidad médica.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 35 de 42

4. *Atención centrada en el paciente:* entregando el cuidado médico que se requiera, a las preferencias y aspiraciones de los usuarios de servicios individuales, y a las culturas de sus comunidades.
5. *Equidad:* entregando el cuidado médico que no varíe en calidad debido a características personales tales como género, raza, pertenencia étnica, localización geográfica, o estado socioeconómico.
6. *Seguridad:* entregando el cuidado médico que reduzca al mínimo riesgos y daño a los usuarios de servicios.(OMS, 2006)

En este sentido el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 1011 de 2006, en el cual definió la calidad de la atención como la: "...provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios."

Es importante tener presente que la Salud es el resultado de la interacción de condiciones biológicas, psíquicas, sociales y culturales del individuo, con su entorno y con la sociedad. Y es a su vez sustrato para acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

Por lo tanto, ha sido una labor del Ministerio de Salud y Protección Social, plasmada en forma explícita en el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, modificar la visión medicalizada de la salud que separa lo preventivo de lo curativo, lo biológico de lo social y lo individual de lo colectivo e impide comprender que la salud no es el producto solamente de lo que hace el sector salud, mucho menos de lo que hacen los servicios.

La salud es el resultado de lo que hace el conjunto de la sociedad, sus instituciones públicas y privadas y los ciudadanos con un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y debe ser gestionada con una visión amplia intra y extrasectorial e intra y extraservicios.

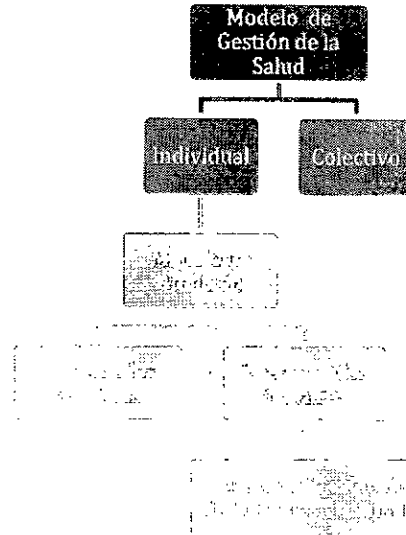


Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: 201411300050041
Fecha: 20-01-2014
Página 36 de 42

Entidad Territorial

EPS

IPS



Si bien se tienen en cuenta los determinantes de las condiciones de la salud de la población colombiana, es claro que en el marco del SGSSS, la provisión de los servicios de salud a las personas de manera individual le corresponde a los actores del sistema mediante un trabajo necesariamente articulado entre EPS e IPS, sin el cual no puede darse un Modelo de Atención que reúna todas las dimensiones de la calidad por lo que se requiere indispensablemente compromiso y trabajo de ambas partes.

En este sentido se reconocen diferentes atributos o dimensiones de la calidad, los cuales pueden ser extrínsecos como equidad, eficiencia y accesibilidad ó en su defecto intrínsecos como la efectividad, seguridad en la atención y atención centrada en el paciente. Los atributos extrínsecos escapan del ámbito directo de la provisión de los servicios, y se encuentran más asociados a condiciones o determinantes económicos y sociales, entre otros. En cambio los intrínsecos son atributos directos de la provisión de servicios de salud y por tanto responsabilidad de los actores que participan en la cadena de la atención en salud.

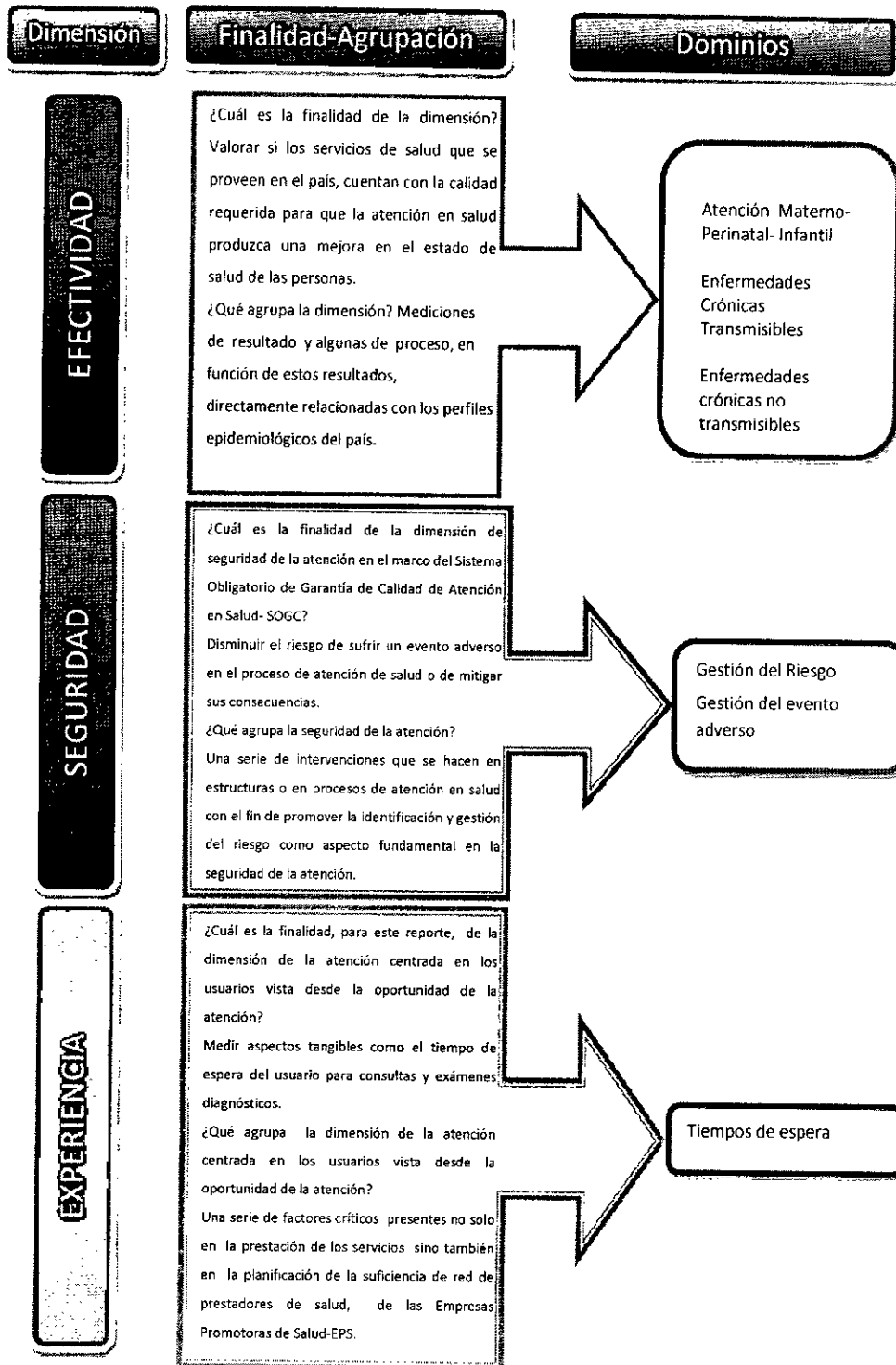
Dado que el requerimiento realizado a este Ministerio es sobre la calidad de la atención es necesario concentrarse en los atributos o dimensiones de la calidad de índole intrínseco: que incluyen las dimensiones de efectividad, seguridad de la atención y atención centrada en el paciente.

Con base en lo anterior se presenta en el esquema No. 2 las dimensiones de los atributos intrínsecos a tratar, definiendo su finalidad y dominios y en la Tabla No. 2 los indicadores básicos propuestos que serán presentados para el reporte solicitado por la Honorable Corte Constitucional, que como ya se mencionó se encuentra en proceso de consolidación.



Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: **201411300050041**
Fecha: **20-01-2014**
Página 37 de 42

Esquema No. 2 Evaluación de la calidad de la atención. Dimensión-Finalidad-Dominios





Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 38 de 42

Dimensión	Dominio	Subdominio	Indicador	
Efectividad de la atención en salud	Atención Materno -perinatal - Infantil	Calidad de la atención en el embarazo	Cobertura Control prenatal Porcentaje de bajo peso al nacer Mortalidad materna directa Tasa de mortalidad perinatal	
		Calidad de la atención en el recién nacido	Porcentaje tamizaje Hipotiroidismo Neonatal	
		Calidad de la atención en niños menores de 5 años	Tasa de mortalidad de la niñez en menores de 5 años Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año	
	Enfermedades Transmisibles	Crónicas	Calidad de la atención para enfermedades Inmunoprevenibles	Esquemas completos de vacunación Cobertura de Vacunación con Triple Viral en niños menores de un año Cobertura de vacunación con Pentavalente en niños menores de un año
			Calidad de la atención en enfermedades transmitidas por sangre	Porcentaje de tamizaje de Sifilis Gestacional Incidencia VIH- Sida en recién nacidos Porcentaje de personas de 13 años ó más con VIH diagnosticado en estadio SIDA Tasa de Incidencia Sifilis Congénita
		Enfermedades Crónicas No Transmisibles	Calidad de la atención a enfermedades transmitidas por vectores	Mortalidad por Dengue
			Calidad de la atención en Enfermedades cardiovasculares y metabólicas	Incidencia de Estadio 5 para Enfermedad Renal Crónica
		Calidad de la atención en cáncer de cérvix	Cobertura de Citología Vaginal	

Dimensión	Dominio	Subdominio	Indicador
Seguridad de la atención	Gestión del riesgo	Calidad de la atención obstétrica	Número de partos institucionales atendidos por profesionales de la salud Porcentaje de partos por cesárea Proporción de nacidos vivos con mas de 4 controles prenatales Porcentaje de tamizaje de VIH en gestantes
		Calidad de la atención en el paciente hipertenso y diabético	Captación de pacientes con Diabetes Mellitus % de casos de Diabetes Mellitus estudiados y clasificados Captación de pacientes con HTA % de casos de pacientes hipertensos estudiados y clasificados
	Gestión del Evento Adverso	Calidad de la atención intrahospitalaria	Tasa Infección intrahospitalaria

Dimensión	Dominio	Subdominio	Indicador
Atención centrada en el usuario	Tiempos de Espera	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos	Tiempo de espera en consulta médica general. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Medicina Interna Tiempo de espera en consulta Medicina



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300050041

Fecha: 20-01-2014

Página 39 de 42



Especializada-Ginecología.
Tiempo de espera en consulta Medicina
Especializada-Obstetricia.
Tiempo de espera en consulta Medicina
Especializada-Pediatría.
Tiempo de espera en consulta Medicina
Especializada-Cirugía General.
Tiempo de consulta Odontología General.
Tiempo de espera de servicios de
imagenología general Radiología Simple.
Tiempo de espera de servicios de
imagenología Especializado-TAC.
Tiempo de espera consulta de urgencias.

13. Así mismo, deberá informar sobre las fechas de pago de la UPC en 2012 y lo corrido de 2013, como también los valores de cada uno de esos giros.

Adjunto a este memorial se anexa el informe del Consorcio Sayp en el que se precisan las fechas de pago de la UPC de 2012 y 2013.

17.1. Informar las razones por las cuales el Ministerio no allegó los informes de avance bimestrales que debían presentarse antes del 1° de febrero y del 1° de abril de 2013.

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante informe del 27 de mayo de 2013, comunicó a la H. Corte Constitucional la consolidación de los avances que demuestran el cumplimiento a los requerimientos de la orden vigésimo segunda, para tal efecto allego en siete (7) folios el precitado informe, un CD y 8 libros. En dicho informe se incluyo toda la información relevante de dicho periodo.

17.2. Explicar, ¿de qué manera fueron empleados los Análisis de la Situación de Salud en Colombia (ASIS), a los que se hace referencia en el informe de cumplimiento allegado el 27 de mayo del año en curso, al momento de llevar a cabo la unificación de los Planes de Beneficios?

De acuerdo con el Estudio técnico soporte del Acuerdo 032 "Por el cual se unifican los Planes de los regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado", publicado en mayo de 2012, se llevó a cabo con base en el estudio de Carga de la Enfermedad del CENDEX tomado como eje central pero complementado con los análisis de la Encuesta Nacional de Salud, los registros individuales de atención, entre otros y no se tomó el Análisis de la Situación de Salud en Colombia - ASIS por departamentos y distritos toda vez que fue publicado en forma posterior a la realización de los estudios y publicación del estudio técnico de Unificación del POS.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411300050041**

Fecha: **20-01-2014**

Página 40 de 42

No obstante, la caracterización de la población afiliada consideró información del Registro de Estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010, Encuesta Nacional de Salud de 2007 y el estudio de Carga de Enfermedad del CENDEX del año 2008, estudios que son considerados en forma general por los ASIS por distritos y departamentos.

Finalmente, la Base Única de Afiliados (BDUA) fue la fuente de información más reciente y apropiada para la descripción de las características demográficas de la población.

17.3. ¿Por qué si desde el 2010 se cuenta con el ASIS 2002-2007 y pese a los requerimientos efectuados por la Sala Especial para que se acreditara haber contado con los estudios demográficos, epidemiológicos, etc. en el proceso de actualización y de desarrollo del programa y cronograma tendientes a la unificación gradual y sostenible de los POS, solo hasta el mes de mayo de 2013 se informa del cambio de metodología?

Las fuentes de información empleada en el estudio ASIS 2002-2007 corresponden con las empleadas en la Actualización integral del POS de 2011 y la unificación del Régimen subsidiado en 2012, aunque actualizadas en los casos en los cuales estuvo disponible.

A continuación se describe cada una de los temas en consideración en ASIS 2002-2007 relacionados con morbilidad y mortalidad, junto con las respectivas fuentes comparadas con las empleadas en la actualización y unificación del POS, lo cual da cuenta de las motivaciones para no emplear este estudio como fuente primaria de información:

Morbilidad y discapacidad sentida. Tanto en el estudio ASIS 2002-2007 como en la actualización y unificación fueron usados los módulos de la Encuesta Nacional de Salud de 2007, la más reciente publicada en el momento.

Morbilidad Atendida. En ASIS 2002-2007 la información corresponde a la información de Registros Individuales de Prestación de Servicios del año 2007 (RIPS 2007), siendo en correspondencia empleada en la actualización y unificación la misma fuente pero correspondiente al año 2009 (RIPS 2009).

Mortalidad. Para este tema la fuente empleada por ASIS 2002-2007 corresponde a registros de mortalidad de Colombia de 1985 a 2006, y para la actualización y unificación del POS se emplea la misma fuente correspondiente a Estadísticas Vitales del año 2009.

Otros temas abordados en ASIS 2002-2007 no aplican directamente al alcance del Plan Obligatorio de Salud como son: Accidentes de Tránsito con cargo al SOAT, agresión y violencias en las que las intervenciones se centran en la prevención temprana y atención de conductas de riesgo para la salud, así como la priorización de temas del alcance de la salud pública como son los factores asociados a sobrepeso, sedentarismo, consumo de tabaco, etc.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411300050041**

Fecha: **20-01-2014**

Página 41 de 42

17.4. Aclare, ¿qué medidas a priori ha adoptado para estimular que quienes tienen capacidad económica efectivamente coticen en el SGSSS? Esto por cuanto en las respuestas allegadas al respecto, se ha hecho alusión a las investigaciones que se adelantan por posibles situaciones de evasión ex post, desconociendo, tal como se explicó en la parte motiva del Auto 261 de 2012, que las medidas por las que se indaga, son aquellas tendientes a prevenir la elusión del pago de aportes y que atraigan el interés de todos los posibles cotizantes ex ante.

Existen al menos tres áreas en las que se han adoptado recientemente, medidas tendientes a garantizar que quienes tienen capacidad de pago se afilien al régimen contributivo y paguen la cotización.

En primer lugar, se encuentran las medidas relacionadas con la movilidad regional y entre regímenes. En la medida en que las normas y procedimientos de afiliación, avancen en hacer más fáciles los trámites para los usuarios para acceder a los servicios de salud y contar con acceso en todo el territorio del país; las personas que transitan entre los dos regímenes en razón a circunstancias de estacionalidad de la actividad laboral entre otras y las personas que cuentan con capacidad de pago temporal, podrían hacer la contribución que les corresponden sin riesgo a perder la continuidad de sus tratamientos o la posibilidad de acceder a los servicios de salud en cualquier momento.

En esta lógica se avanzó en el 2013, expidiendo los decretos "Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud" y "Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén".

El primer Decreto (Ver Decreto 1683 de 2013 anexo) tiene como propósito general las reglas y procedimientos para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre de municipio, de tal forma que el derecho a la Seguridad Social en Salud pueda hacerse efectivo en cualquier lugar del territorio nacional, independientemente de que la EPS opere en el territorio en el que se demandan los servicios.

El segundo Decreto (Ver Decreto 1638 de 2013 anexo) permitirá la movilidad de los afiliados y sus núcleos familiares entre los regímenes contributivo y subsidiado sin necesidad de cambiar de EPS, de tal forma que no exista solución de continuidad en la afiliación y por lo tanto en el derecho a acceder a los servicios de salud. Una situación que genera evasión en los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud es el temor que tienen las personas que han sido beneficiarias de un subsidio en salud de perder el derecho a la afiliación o la continuidad de los tratamientos cuando consiguen un trabajo o ingresos que les obliga de forma temporal hacer aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con este Decreto se garantiza la continuidad dentro de la misma EPS sin perjuicio de la realización de los aportes cuando tenga una relación laboral o capacidad para contribuir al SGSSS, resolviendo de esta forma de manera contundente el riesgo de perder el derecho a tener un subsidio cuando la relación laboral temporal cesa.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411300050041**

Fecha: **20-01-2014**

Página 42 de 42

En segundo lugar, se encuentran las medidas orientadas a mejorar la información disponible en el sistema con miras a controlar mejor la evasión y elusión. Todos los mecanismos que ha venido introduciendo el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendientes a mejorar los Sistemas de Información para el recaudo y los controles de los aportes al régimen contributivo de salud (Decreto 4023 de 2013) contribuyen también al mejoramiento de la información de los aportantes, que son herramientas esenciales que la autoridad encargada del control de la evasión y elusión de aportes a la Seguridad Social en Salud, puede usar para realizar su labor de control, que compartimos debe ser no solamente posterior a la realización de aportes si no orientada a prevenir los fenómenos de la evasión y elusión. Cabe destacar que el avance en estandarización de información de aportes y disposición de la misma, está siendo aprovechado en beneficio del Sistema General de Seguridad Social en Salud por la UGPP quien tiene a su disposición la información sobre aportes que se procesa a través del Sistema de recaudo de aportes unificado PILA.

Finalmente, se encuentran las medidas adoptadas por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social- UGPP que es el órgano creado específicamente para desarrollar esta función. Recientemente, el Gobierno Nacional, por iniciativa del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y de la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social- UGPP, expidió el Decreto por el cual se reglamentan los artículos 178 y 179 de la Ley 1607 de 2012 que tiene por objeto entre otras establecer un procedimiento para que la UGPP efectúe las labores de determinación y cobro de las contribuciones parafiscales de la protección social, en los casos de omisión, inexactitud y mora por acción preferente.

Cordialmente,


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

¹ Ministerio de Protección Social (2009) "1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud- INCAS 2009"



JRD-0113-14

Bogotá D.C., 20 de enero de 2014

Doctor
JOSÉ OSWALDO BONILLA RINCÓN
Director de Administración de Fondos de la Protección Social
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Carrera 13 No.32-76
Ciudad

Asunto: Solicitud de información H. Corte Constitucional Sentencia T-760

Atendiendo a la solicitud realizada mediante oficio 201333001655311 del 6 de diciembre de 2013, que a la letra dice "(...) deberá informar sobre las fechas de pago de la UPC en 2012 y lo corrido de 2013, como también los valores de cada uno de esos giros.", informo que la misma se emitió de manera completa, mediante comunicación JRD-4983-13 del 11 de diciembre de 2013.

Así mismo, remitimos la información solicitada telefónicamente, relacionada con la UPC reconocida en los dos Regímenes desde el periodo de enero de 2012 hasta el periodo de diciembre de 2013, especificando cada uno de los valores que se relacionan en las tablas anexas. No obstante, se aclara que el proceso de la LMA pertenece al Régimen Subsidiado, y no al Régimen Contributivo, así:

- 1. **Régimen Subsidiado:** De la UPC Liquidada para los proceso de Liquidación Mensual de Afiliados LMA de 2012-2013.

PERIODO	UPC RECONOCIDA	VALOR A GIRAR ENTIDADES TERRITORIALES	VALOR GIRADO NACION	FECHA DE GIRO NACION
enero de 2012	\$ 669.991.222.686	\$ 101.013.873.261	\$ 568.977.349.426	19/01/2012
febrero de 2012	\$ 681.435.677.310	\$ 101.675.751.110	\$ 579.759.926.200	07/02/2012
marzo de 2012	\$ 685.204.272.699	\$ 101.579.193.430	\$ 583.625.079.269	09/03/2012
abril de 2012	\$ 684.368.867.776	\$ 100.535.029.393	\$ 583.833.838.383	11/04/2012
mayo de 2012	\$ 684.223.201.818	\$ 100.764.544.537	\$ 583.458.657.281	04/05/2012
junio de 2012	\$ 679.339.462.013	\$ 104.653.148.410	\$ 574.686.313.603	06/06/2012
julio de 2012	\$ 828.273.522.849	\$ 98.339.590.873	\$ 729.933.931.976	10/07/2012
agosto de 2012	\$ 832.746.726.092	\$ 97.465.054.274	\$ 735.281.671.817	09/08/2012
septiembre de 2012	\$ 853.275.141.856	\$ 88.167.418.622	\$ 765.107.723.234	10/09/2012
octubre de 2012	\$ 825.614.088.400	\$ 84.388.156.795	\$ 741.225.931.605	09/10/2012

[Handwritten signature]
1

RJD-0113-14

552200114163721500022718600

noviembre de 2012	\$ 801.295.520.722	\$ 80.429.201.997	\$ 720.866.318.725	09/11/2012
diciembre de 2012	\$ 912.083.755.467	\$ 98.115.081.140	\$ 813.968.674.327	11/12/2012
enero de 2013	\$ 1.025.583.264.793	\$ 8.406.452.337	\$ 1.017.176.812.456	29/01/2013
febrero de 2013	\$ 997.460.019.477	\$ 96.258.687.539	\$ 901.201.331.938	08/02/2013
marzo de 2013	\$ 1.013.905.376.560	\$ 91.347.760.424	\$ 922.557.616.135	08/03/2013
abril de 2013	\$ 978.483.227.789	\$ 100.358.076.605	\$ 878.125.151.184	08/04/2013
mayo de 2013	\$ 1.013.986.261.426	\$ 110.950.981.206	\$ 903.035.280.220	08/05/2013
Junio de 2013	\$ 998.158.144.729	\$ 111.201.137.339	\$ 886.957.007.390	11/06/2013
Julio de 2013	\$ 1.033.171.705.173	\$ 110.956.731.239	\$ 922.214.973.935	09/07/2013
Agosto de 2013	\$ 1.019.298.452.549	\$ 110.977.926.098	\$ 908.320.518.628	08/08/2013
Septiembre 2013	\$ 995.927.442.130	\$ 110.150.790.070	\$ 885.776.646.813	06/09/2013
Octubre 2013	\$ 918.795.617.406	\$ 110.518.879.107	\$ 818.023.895.188	07/10/2013
Noviembre 2013	\$ 982.665.710.541	\$ 104.499.465.363	\$ 888.429.724.776	12/11/2013
Diciembre 2013	\$ 985.893.477.499	\$ 102.858.409.134	\$ 893.682.445.443	06/12/2013

-Subcuenta Solidaridad.

2. **Régimen Contributivo:** Valores reconocidos por UPC, Promoción y Provisión de incapacidades, sin embargo, se aclara que las entidades se apropian de dichos valores desde sus cuentas de recaudo a las cuentas de pago, una vez las mismas aceptaban el proceso de compensación.

Tip. Proceso	Fecha de Proceso	AFILIADOS	UPC_Reconocida	Recom Prom	Provisión_Incapacidades
Primer proceso Enero 2012	17/01/2012	16.484.209	808.706.817.734	25.705.816.604	22.063.336.407
Segundo proceso Enero 2012	26/01/2012	3.065.627	121.769.730.246	4.408.908.656	2.239.837.597
Primer proceso Febrero 2012	15/02/2012	15.279.756	768.560.961.164	23.908.482.838	20.125.713.369
Segundo proceso Febrero 2012	24/02/2012	3.496.172	139.495.044.467	4.890.960.271	2.979.691.962
Primer proceso Marzo 2012	15/03/2012	16.165.077	806.904.230.595	25.225.293.503	21.200.909.484
Segundo proceso Marzo 2012	27/03/2012	3.549.698	139.274.937.296	5.034.052.521	2.865.345.345
Primer proceso Abril 2012	18/04/2012	16.636.043	831.973.107.737	26.073.113.347	22.185.897.364
Segundo proceso Abril 2012	27/04/2012	3.198.071	121.708.609.592	4.434.915.378	2.587.017.572
Primer proceso Mayo 2012	16/05/2012	16.408.490	820.971.254.488	25.718.006.861	22.047.603.749
Segundo proceso Mayo 2012	28/05/2012	3.453.384	134.223.042.066	4.867.955.952	2.827.265.482

1511
45

consorcio
sayp
sistema de administración y pagos

JRD-0113-14

552200114163721500022718600

Primer proceso Junio 2012	19/06/2012	17.045.808	851.713.500.291	26.833.684.383	22.984.442.233
Segundo proceso Junio 2012	29/06/2012	2.986.922	113.353.129.971	4.134.005.535	2.245.560.274
Primer proceso Julio 2012	17/07/2012	16.658.219	836.519.012.782	26.017.239.441	23.402.527.874
Segundo proceso Julio 2012	27/07/2012	2.971.202	116.680.441.254	4.237.211.763	2.492.734.510
Primer proceso Agosto 2012	16/08/2012	15.908.146	774.007.964.997	24.076.787.998	20.502.864.470
Segundo proceso Agosto 2012	28/08/2012	3.724.994	135.502.231.081	4.907.076.765	2.479.704.774
Primer proceso Septiembre 2012	17/09/2012	17.599.492	868.271.573.068	27.299.331.071	23.624.769.382
Segundo proceso Septiembre 2012	26/09/2012	3.114.572	108.435.556.679	4.310.319.567	1.962.371.314
Primer proceso Octubre 2012	16/10/2012	17.003.960	849.839.549.634	26.657.100.121	23.357.038.332
Segundo proceso Octubre 2012	25/10/2012	2.735.300	110.219.022.388	3.959.735.784	2.266.604.357
Primer proceso Noviembre 2012	19/11/2012	17.582.949	866.893.699.806	27.235.192.046	23.779.263.413
Segundo proceso Noviembre 2012	28/11/2012	2.425.165	91.523.766.220	3.235.295.383	1.845.442.794
Primer proceso Diciembre 2012	17/12/2012	22.318.451	981.640.209.456	31.853.941.071	24.252.450.253
Segundo proceso Diciembre 2012	24/12/2012	3.254.459	105.477.406.892	4.052.851.770	1.789.683.042
Primer proceso Enero 2013	17/01/2013	17.194.778	877.442.275.827	26.914.485.771	25.835.954.378
Segundo proceso Enero 2013	28/01/2013	3.714.850	146.591.971.913	4.996.112.017	2.691.594.247
Primer proceso Febrero 2013	15/02/2013	15.852.594	837.360.777.167	25.145.300.455	24.359.490.343
Segundo proceso Febrero 2013	26/02/2013	3.783.927	143.264.235.911	4.954.873.720	2.636.733.392
Primer proceso Marzo 2013	15/03/2013	16.724.475	876.256.990.275	26.586.907.269	25.129.175.735
Segundo proceso Marzo 2013	22/03/2013	3.066.091	119.303.029.045	4.201.642.865	2.429.988.517
Primer proceso Abril 2013	15/04/2013	18.152.988	948.268.309.295	28.806.656.362	26.973.591.927
Segundo proceso Abril 2013	24/04/2013	3.028.361	128.318.308.144	4.453.186.144	2.486.561.944
Primer proceso Mayo 2013	17/05/2013	17.747.277	925.853.908.771	28.388.355.018	26.546.985.942
Segundo proceso Mayo 2013	28/05/2013	3.640.492	140.589.530.778	4.898.762.227	2.678.118.214
Primer proceso Junio 2013	19/06/2013	17.576.844	926.168.229.939	28.127.484.440	26.765.718.424
Segundo proceso Junio 2013	28/06/2013	3.135.204	122.737.671.530	4.331.218.073	2.476.737.611
Primer proceso Julio 2013	16/07/2013	17.057.294	902.655.285.935	27.405.568.572	27.404.517.611
Segundo proceso Julio 2013	25/07/2013	3.264.859	133.083.322.440	4.586.022.207	2.905.934.532
Primer proceso Agosto 2013	16/08/2013	17.407.990	903.342.003.508	27.618.766.886	26.474.956.028

[Handwritten signature]
3

JRD-0113-14

5522001141637215000022718600

Segundo proceso Agosto 2013	28/08/2013	4.083.849	155.958.262.719	5.277.417.694	2.794.890.214
Primer proceso Septiembre 2013	16/09/2013	19.018.279	968.415.537.723	29.954.507.933	27.691.310.523
Segundo proceso Septiembre 2013	25/09/2013	2.905.870	116.869.676.871	4.076.804.002	2.583.275.800
Primer proceso Octubre 2013	25/10/2013	18.412.069	976.335.539.477	29.726.428.512	28.833.870.728
Primer proceso Noviembre 2013	22/11/2013	20.349.371	1.069.002.123.950	32.946.381.005	31.774.646.567
Primer proceso Diciembre 2013	18/12/2013	20.407.531	1.074.518.460.578	32.924.856.899	32.456.361.050
Octubre 2013	09/10/2013	10.480.450	617.292.132.749	17.152.921.417	18.170.383.798
Octubre 2013	18/10/2013	5.126.328	232.234.012.129	8.192.314.368	7.504.032.054
Octubre 2013	23/10/2013	1.690.530	77.829.819.302	2.671.359.604	1.889.678.107
Octubre 2013	30/10/2013	1.114.761	48.979.575.296	1.709.833.123	1.269.776.769
Noviembre 2013	06/11/2013	6.625.308	429.300.103.620	11.008.104.548	11.439.829.078
Noviembre 2013	14/11/2013	8.112.431	384.517.238.879	13.147.181.632	12.901.473.870
Noviembre 2013	20/11/2013	2.541.967	119.735.687.379	3.989.819.641	3.514.347.477
Noviembre 2013	26/11/2013	3.069.665	135.449.094.073	4.801.275.183	3.918.996.142
Diciembre 2013	04/12/2013	4.472.247	324.912.893.159	7.439.458.047	7.987.909.205
Diciembre 2013	11/12/2013	9.730.133	466.177.178.039	15.687.764.698	16.383.490.346
Diciembre 2013	18/12/2013	4.604.174	211.134.538.095	7.339.392.602	6.359.579.857
Diciembre 2013	24/12/2013	1.600.977	72.293.851.285	2.458.241.552	1.725.381.642

-Subcuenta de Compensación.

Cordialmente,



gaxp

CESAR AUGUSTO REYES CASTELBLANCO
Gerente

Vo.Bo.: Sandra Ramirez Mendoza, Directora Jurídica.
Martha Pinzon Zúñiga, Jefe Subcuenta Solidaridad
Mesthil Ruiz Duran, Directora Subcuenta ECAT y Solidaridad
Flor Alba Rocha Caicedo, Directora de Compensación.
Proyecto: Laura Susana Rodríguez Mazza, Profesional Jurídica



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NÚMERO 1683 DE 2013

2 AGO 2013

Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, de las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y en desarrollo del artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011, dispone que: "*Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios. El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad. (...)*"

Que para garantizar el derecho de los ciudadanos a la portabilidad nacional de su seguro de salud y, en consecuencia, su acceso a los servicios de salud, sin trámites excesivos o innecesarios en cualquier parte del territorio nacional, así como garantizar la ordenada operación de la portabilidad y el respectivo control por las EPS, se hace necesario regular sus condiciones de operación.

DECRETA:

Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto establecer las condiciones y reglas para la operación de la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Este decreto se aplica a todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a las autoridades territoriales de salud que, en razón de sus deberes y facultades, intervengan para garantizar la portabilidad del seguro de salud en el territorio nacional.

Artículo 3. Domicilio de afiliación. Es el municipio en el cual tiene lugar la afiliación de una persona al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En dicho municipio, o en un municipio cercano por residencia o facilidad de acceso y de acuerdo con la elección del afiliado, la Entidad Promotora de Salud, deberá

1513
47

Continuación del Decreto "Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud"

adscribir tanto a éste, como a su núcleo familiar a una IPS primaria, como puerta de acceso a su red de servicios en dicho municipio y por fuera de él.

Parágrafo: Para los efectos de este decreto, los distritos y corregimientos departamentales se asimilan a los municipios.

Artículo 4. Portabilidad. Es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquél donde habitualmente recibe los servicios de salud, en el marco de las reglas previstas en el presente decreto.

Artículo 5. Operación de la portabilidad. Las Entidades Promotoras de Salud garantizarán a sus afiliados el acceso a los servicios de salud, en un municipio diferente a aquél donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria, cuando se presente cualquiera de las siguientes circunstancias, producto de la emigración ocasional, temporal o permanente de un afiliado:

1. **Emigración ocasional:** Entendida como la emigración por un período no mayor de un (1) mes, desde el municipio donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria a uno diferente dentro del territorio nacional.

En este evento, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias, deberán brindar la atención de urgencias, así como la posterior a ésta que se requiera, independientemente de que hagan parte o no de la red de la respectiva EPS. Las Entidades Promotoras de Salud, reconocerán al prestador los costos de dichas atenciones, conforme a la normatividad vigente.

Cuando se trate de pacientes en condición de emigración ocasional que solicitan atención en salud en un servicio de urgencias, ante una IPS debidamente habilitada para prestarlas, esta atención no podrá negarse con el argumento de no tratarse de una urgencia.

2. **Emigración temporal:** Cuando el afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro municipio dentro del territorio nacional por un período superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12), la EPS deberá garantizarle su adscripción a una IPS primaria en el municipio receptor y a partir de ésta, el acceso a todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud en la red correspondiente.
3. **Emigración permanente:** Cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor. Cuando la emigración temporal supere los doce (12) meses, ésta se considerará permanente y el afiliado deberá trasladarse de EPS o solicitar una prórroga por un año más, si persisten las condiciones de temporalidad del traslado.

Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado emigre permanentemente y opte por cambio de EPS, su afiliación en el municipio receptor se hará con base en el nivel SISBEN establecido para su anterior afiliación, hasta tanto el

Continuación del Decreto "Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud"

municipio receptor practique una nueva encuesta, lo cual en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento.

4. **Dispersión del núcleo familiar;** Cuando por razones laborales, de estudio, o de cualquier otra índole, cualquiera de los integrantes del núcleo familiar afiliado, fije su residencia en un municipio del territorio nacional distinto del domicilio de afiliación donde reside el resto del núcleo familiar, dicho integrante tendrá derecho a la prestación de los servicios de salud a cargo de la misma Entidad Promotora de Salud, en el municipio donde resida, sin importar que la emigración sea temporal o permanente.

Artículo 6. Procedimiento para garantizar la portabilidad. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar la portabilidad a sus afiliados, a través de sus redes de atención o mediante acuerdos específicos con prestadores de servicios de salud o Entidades Promotoras de Salud -EPS, allí donde no operan como EPS y no cuenten con redes de prestación de servicios, de conformidad con la normatividad vigente.

En todo caso, la no existencia o no vigencia de dichos acuerdos, no podrá ser obstáculo para el ejercicio del derecho a la portabilidad por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que lo requieran y la EPS deberá garantizarlo con sujeción a las siguientes reglas y procedimiento:

1. Toda EPS deberá contar dentro de su página WEB con un mini-sitio dedicado a portabilidad. El mini-sitio debe contener como mínimo:
 - a. Información general sobre el derecho a la portabilidad y su regulación.
 - b. Correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, a través del cual, el afiliado podrá informar de su condición de emigrante y el requerimiento del ejercicio de la portabilidad de su seguro de salud.
 - c. Información de las solicitudes de portabilidad con documento de identidad, fecha de la solicitud, IPS asignada y observaciones si las hubiere, para consulta de los afiliados y las IPS.
 - d. Espacio para trámite de autorizaciones de actividades, procedimientos, intervenciones o suministros de mayor complejidad, ordenados por la IPS primaria del municipio receptor u otra instancia autorizada. Para estos trámites, se observarán las condiciones establecidas en las normas vigentes.
 - e. Espacio para trámites, comunicación e información entre la EPS y las IPS que atiendan sus pacientes en el marco de la portabilidad.

En todo caso, dependiendo de las condiciones del desarrollo local, la EPS procurará los mecanismos idóneos para que el afiliado pueda acceder a la información y al trámite de su requerimiento y las Direcciones Territoriales de Salud, deberán tener disponible la información pertinente sobre las EPS y brindar apoyo a los usuarios que lo requieran para el trámite del ejercicio de su portabilidad.

Continuación del Decreto "Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud"

2. Un afiliado podrá solicitar ante la EPS mediante la línea telefónica de atención al usuario, por escrito, por correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, personalmente o a través de cualquier otro medio de que disponga la EPS para el efecto, la asignación de una IPS primaria en un municipio diferente al domicilio de afiliación, en el marco de las reglas aquí previstas. En ningún caso la EPS podrá exigir la presentación personal del afiliado para el trámite de portabilidad.

La solicitud deberá contener como mínimo la siguiente información: nombre e identificación del afiliado; el municipio receptor; la temporalidad, si ésta se encuentra definida; la IPS a la cual está adscrito en el municipio domicilio de afiliación y un número telefónico, dirección geográfica o dirección electrónica para recibir respuesta a su solicitud sobre adscripción a un prestador, en el municipio receptor.

La presentación personal del afiliado ante una IPS en el municipio receptor también podrá servir para iniciar el trámite de portabilidad entre EPS e IPS. En este caso, mientras se confirma la adscripción solicitada, procederá la atención de urgencias o como emigración ocasional.

3. La EPS, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud, deberá informar al afiliado la IPS a la cual ha sido adscrito en el municipio receptor y las opciones que el afiliado tendría para cambiarse. Así mismo, informará a la IPS primaria del domicilio de afiliación de la exclusión de este afiliado de su listado de adscritos.

Si la EPS le asigna una IPS primaria dentro de su red, el afiliado no podrá escoger otra por fuera de dicha red y solo podrá cambiarse de IPS dentro de las opciones de la red de la EPS en el municipio receptor.

Si la EPS no informa al afiliado respecto de la nueva IPS de adscripción dentro del término antes indicado, el afiliado podrá solicitar el servicio ante cualquier prestador de baja complejidad y, por referencia de éste, ante otros de mayor complejidad. En este evento, la IPS estará obligada a prestar el servicio y la EPS a pagarlo a las tarifas que tenga pactadas con dicho prestador o, en su defecto, a las tarifas SOAT. Para permitir acceder a este servicio, la IPS deberá verificar la identidad de la persona, el correo electrónico que comunica la emigración y solicita la portabilidad y la correspondiente afiliación a la EPS.

4. En el caso anterior, de libre elección de prestador por ausencia de respuesta de la EPS, así como en los casos de urgencias, la IPS deberá informar de la atención en curso a la EPS respectiva, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas de la atención, a través del correo electrónico para portabilidad que cada EPS obligatoriamente debe tener habilitado.
5. Hasta tanto se cuente con la disponibilidad de historia clínica digital en la web, la EPS facilitará la mayor información clínica posible al prestador en el municipio receptor, mediante trámites directos entre las dos entidades y la IPS primaria del domicilio de afiliación, que no deben transferirse como carga al usuario, ni su ausencia o deficiencia convertirse en obstáculo para la atención.

Continuación del Decreto "Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud"

Artículo 7. No exigencia de requisitos adicionales a las EPS para garantizar la portabilidad. Para efectos de garantizar la operación de la portabilidad como mecanismo excepcional, a las Entidades Promotoras de Salud no se les requerirá nueva habilitación, autorización donde no operan, ni capacidad de afiliación adicional.

Artículo 8. Reconocimiento de UPC. El valor a reconocer a una EPS, por el aseguramiento en salud de un afiliado que emigra de su municipio de afiliación y solicita la portabilidad, será siempre el que corresponda a la UPC asignada al municipio domicilio de afiliación, sin tener en cuenta si el municipio receptor tiene asignada una UPC menor o mayor.

Artículo 9. Financiamiento de la UPC en la portabilidad en el Régimen Subsidiado. Cuando se trate de la emigración de un afiliado del Régimen Subsidiado, la respectiva UPC se financiará con cargo a los recursos y fuentes que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud en el municipio domicilio de la afiliación.

En relación con los servicios que presten las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a los afiliados al Régimen Subsidiado, en el marco de la portabilidad, las Entidades Promotoras de Salud darán aplicación a la medida de giro directo prevista en la normatividad vigente.

Artículo 10. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y las EPS tendrán un plazo de tres meses para adecuarse a lo aquí previsto y garantizar la plena vigencia de la portabilidad.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D. C., a los

2 AGO 2013



EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE,



Por un error involuntario en la página 41 de la respuesta al Auto 278 de 2013, el Decreto 3047 de 2013 fue citado como Decreto 1638 de 2013. A continuación se anexa el Decreto 3047 de 2013 que es el que contiene la información relevante sobre movilidad entre regímenes.



53
1519

SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Devise: LFP
C

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NÚMERO. 3047 DE 2013

27 DIC 2013

Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén

ÉL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales y, en especial, de las que le confiere el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política de Colombia y en desarrollo de los artículos 14 de la Ley 1122 de 2007 y 35 de la Ley 1438 de 2011

CONSIDERANDO:

Que para acceder al Sistema General de Seguridad en Salud, los residentes en el territorio se afilian al régimen contributivo o al régimen subsidiado, en el primer caso para quienes tengan capacidad de pago o una relación laboral o contractual generadora de ingresos y para el segundo, para los que no tienen capacidad de pago y se encuentren dentro de los puntos de corte establecidos para los niveles I y II del Sisbén.

Que frente a la vinculación temporal al régimen contributivo de las personas focalizadas en los niveles I y II del Sisbén para el desempeño de labores temporales o intermitentes, se hace necesario garantizarles la continuidad del aseguramiento cuando cesen estas condiciones, permitiéndoles migrar al régimen subsidiado sin que ello origine la suspensión del servicio o la obligación de cambiar de EPS.

Que el literal a. del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, establece que se beneficiarán con subsidio total o pleno en el régimen subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o del instrumento que lo reemplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción. La misma disposición señala que se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén.

Que la Ley 1438 de 2011, en su artículo 35, establece que "los afiliados al Régimen Subsidiado podrán permanecer en éste cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos, los empleadores o los afiliados pagarán los aportes que debería pagar en el Régimen Contributivo a la misma Entidad Promotora de Salud y será compensado mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). En este evento, el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas."

Continuación del decreto "Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén"

Que se requiere establecer el procedimiento para la movilidad de los afiliados desde el régimen contributivo hacia el subsidiado y viceversa, dentro de la misma EPS y sin solución de continuidad en el aseguramiento en salud así como las condiciones para reconocer a las EPS la UPC del régimen que corresponda.

Que para el efecto, resulta imprescindible mantener actualizada la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, en función de las novedades laborales o de cotización de los afiliados, de manera que permita diferenciar el tipo de afiliado y tipo de régimen de cualquier residente en el territorio nacional.

Que con el propósito de garantizar el principio de libre escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud, ellas deben garantizar a su interior la movilidad de sus afiliados entre los dos regímenes.

Que en merito de lo expuesto,

DECRETA:

CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. *Objeto.* El presente decreto tiene por objeto establecer las condiciones y reglas para la movilidad desde el régimen subsidiado hacia el régimen contributivo y viceversa, sin solución de continuidad en su aseguramiento en salud, de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del Sisbén que por cambios o intermitencias en sus condiciones socioeconómicas deban moverse de un régimen a otro y no quieran cambiar de Entidad Promotora de Salud – EPS.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* Este decreto se aplica a las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, identificadas en los niveles I y II del Sisbén; a las Entidades Promotoras de Salud; al administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, a los operadores de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes PILA y a las autoridades territoriales de salud que en razón de sus competencias intervienen para garantizar la movilidad entre regímenes.

Artículo 3. *Exención del cumplimiento del requisito de doble habilitación de EPS para efectos de la garantía de la movilidad.* Para efectos del presente decreto, las EPS administrarán simultáneamente afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado, para lo cual, la EPS que se encuentre habilitada para administrar alguno de los dos regímenes en un determinado municipio, a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, se considerará habilitada para administrar el otro régimen en el mismo municipio.

Las EPS habilitadas para operar el régimen subsidiado podrán administrar en el régimen contributivo, hasta el 10% del total de sus afiliados, con su actual habilitación, sin que se les exija el cumplimiento de los requisitos de habilitación de las EPS del régimen contributivo. No obstante, sobre este grupo de afiliados deberán cumplir con las reservas y el régimen de inversiones previsto para las EPS del régimen contributivo.

Continuación del decreto "Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén"

Las EPS habilitadas para operar el régimen contributivo podrán administrar en el régimen subsidiado hasta el 10% del total de sus afiliados. En este evento y respecto de este grupo de afiliados, la EPS deberá aplicar y cumplir las condiciones financieras y de solvencia propias de este régimen.

Parágrafo. Para todos los efectos y mientras no se superen los topes de afiliados de que trata éste artículo, el régimen legal aplicable para cada EPS es aquél para el cual está inicialmente habilitada.

Artículo 4. *Aglomeración y distribución de riesgo entre regímenes.* Sin perjuicio del cumplimiento de las normas contables que señale la Superintendencia Nacional de Salud, para efectos del presente decreto, las EPS podrán hacer aglomeración y distribución de riesgos sin diferenciar regímenes.

CAPITULO II REGLAS ESPECIALES PARA LA MOVILIDAD ENTRE REGÍMENES

Artículo 5. *Movilidad entre regímenes.* La movilidad es el derecho de que son titulares los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, focalizados en los niveles I y II del Sisbén, que los faculta para migrar del régimen subsidiado al régimen contributivo y viceversa, con todo su núcleo familiar, sin solución de continuidad, ni necesidad de efectuar un nuevo proceso de afiliación, permaneciendo en la misma EPS y con observancia de las reglas que se definan en el artículo siguiente de este acto.

Cuando un afiliado pasa del régimen subsidiado al contributivo dentro de la misma EPS, esta deberá garantizar la continuidad en la prestación de los servicios del Plan de Beneficios de manera integral desde el primer día.

Artículo 6. *Operación para garantizar la movilidad entre regímenes.* La garantía del derecho a la movilidad se sujeta a las siguientes reglas:

- A) Cuando una persona previamente afiliada al régimen subsidiado adquiera capacidad de pago o se vincule laboralmente o tenga una relación contractual generadora de ingresos que le imponga la obligación de estar en el régimen contributivo, pero desee mantenerse en la misma EPS del régimen subsidiado, podrá hacerlo. En este evento, la persona y su núcleo familiar recibirán todos los beneficios del régimen contributivo, incluidas las prestaciones económicas para el cotizante.

Las contribuciones de dicha persona se harán a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA, a nombre de la EPS del régimen subsidiado a la cual se encuentra afiliado y a favor de la subcuenta de solidaridad del Fosyga, en la cuenta que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Con base en la información proveniente de la PILA en relación con las cotizaciones recaudadas, la EPS reportará la novedad de movilidad al administrador de la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA para su activación en el régimen contributivo.

Continuación del decreto "Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén"

A partir de tal activación y con retroactividad a la fecha de la novedad de movilidad, el Fosyga reconocerá y girará a las EPS el valor de las UPC contributivas correspondientes a todo el núcleo familiar de dicho cotizante, de conformidad con la normatividad vigente.

Cuando el afiliado del nivel I y II del Sisbén pierda las condiciones para continuar en el régimen contributivo y una vez el empleador o trabajador independiente reporte la novedad de retiro, a través de PILA, la EPS del régimen subsidiado procederá a reportar a la BDUA la novedad de movilidad. Este reporte constituye requisito para que proceda el reconocimiento y giro del valor de la UPC del régimen subsidiado a partir de la novedad de movilidad.

Para los efectos del presente literal, el operador de PILA deberá suministrar a las EPS del régimen subsidiado la información correspondiente a las cotizaciones hechas a su nombre, conforme a la estructura de datos prevista para el régimen contributivo. Los costos del recaudo a través del operador PILA serán asumidos por la respectiva EPS.

- B) Cuando una persona afiliada al régimen contributivo pierda la calidad de cotizante o de beneficiario de dicho régimen y se encuentre focalizado en los niveles I y II del Sisbén, la EPS del régimen contributivo deberá garantizarle la continuidad en el aseguramiento. Para el efecto, recibida la novedad de retiro por parte del empleador o trabajador independiente, la EPS deberá reportar la novedad de movilidad al administrador de la BDUA. Este reporte constituye requisito para que proceda el reconocimiento y giro del valor de la UPC del régimen subsidiado para el afiliado y su grupo familiar a partir de la novedad de movilidad. Cuando el afiliado deje de cotizar en el régimen contributivo e ingrese al subsidiado, lo hará con su grupo familiar.

La verificación del nivel del Sisbén estará a cargo de la EPS a través de la herramienta de consulta masiva que para el efecto dispone el Departamento Nacional de Planeación. Cuando no sea posible realizar la verificación, la EPS podrá solicitar al municipio o al afiliado la certificación que acredite su pertenencia a los niveles I y II del Sisbén.

Parágrafo 1. Hasta tanto no se soporte la pertenencia de los beneficiarios del grupo familiar de un cotizante al régimen contributivo, conforme a la normatividad vigente, la EPS recibirá el valor de la UPC del régimen subsidiado. Una vez acreditada la condición de beneficiarios, de acuerdo con el procedimiento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, el Fosyga reconocerá y girará el valor que corresponde al ajuste de la UPC del régimen contributivo.

Parágrafo 2. No habrá solución de continuidad en el aseguramiento y en el acceso efectivo a los servicios de salud respecto de las personas clasificadas en los niveles I y II del Sisbén afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que cambian de un régimen a otro, dentro de la misma EPS.

Artículo 7. Reconocimiento de UPC contributiva, provisión para incapacidades y per cápita de promoción y prevención a EPS del régimen subsidiado. Previo reporte de la novedad de movilidad e identificación del pago de cotizaciones en nombre de una EPS del régimen subsidiado por una persona afiliada, el Fosyga reconocerá a la EPS, el valor de la UPC del régimen contributivo, la provisión para incapacidades y el valor per cápita de promoción y prevención, por los periodos

57
1523

Continuación del decreto "Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén"

correspondientes y en proporción a los días cotizados que identifique, con cargo a los recursos de la subcuenta de solidaridad.

Artículo 8. Reconocimiento de prestaciones económicas. Las EPS del régimen subsidiado que en el marco de la movilidad garanticen la continuidad del aseguramiento de los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán el valor de las incapacidades por enfermedad general, de conformidad con las normas vigentes y para ello, recibirán del Fosyga la provisión prevista para tal fin. Las licencias de maternidad y paternidad se pagarán por la respectiva EPS conforme a la normatividad vigente y serán reconocidas con cargo a la subcuenta de solidaridad del Fosyga, bajo las normas previstas para el régimen contributivo.

Artículo 9. Prestación de servicios de salud en casos de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral. Conforme a las normas y procedimientos del régimen contributivo, en los casos de demanda de servicios de salud que se originen como consecuencia de un accidente de trabajo y/o enfermedad laboral, la EPS del régimen subsidiado que tiene afiliado al trabajador debe prestarle los servicios conforme a las reglas propias del Sistema de Riesgos Laborales.

Artículo 10. Ajustes y control a la información. El Fosyga validará y procesará las novedades de movilidad reportadas, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social realizará los ajustes normativos y operativos necesarios. Las entidades territoriales, a través de los procesos de actualización de la BDUA, verificarán el cumplimiento de las condiciones para la afiliación al régimen subsidiado de los afiliados reportados en las novedades de movilidad con cargo a la respectiva entidad territorial. El resultado de este procesamiento será notificado a las EPS como repuesta a la novedad de movilidad.


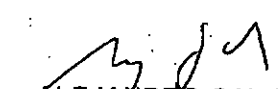
Artículo 11. Vigencia. Este decreto rige desde la fecha de su publicación, a partir de la cual el Fosyga, las EPS y los operadores de PILA dispondrán de un plazo de seis (6) meses para adecuarse a lo aquí previsto, momento a partir del cual operará la movilidad entre regímenes.

Artículo 12. Derogatorias. El presente decreto deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D.C., a los

27 DIC 2013



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

