



PROYECTO DE DECRETO
REGLAMENTARIO
PERMANENCIA DE LAS EPS EN EL
REGIMEN SUBSIDIADO

MINISTERIO DE SALUD
JUNIO DE 2012

EL MINISTERIO RECIBE OBSERVACIONES HASTA EL 13 DE JUNIO

Por el cual se adoptan medidas para la permanencia y continuidad de las Entidades Promotoras de Salud en el Régimen Subsidiado y se dictan disposiciones para el fortalecimiento administrativo y operativo del aseguramiento.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, los artículos 154, 180 numeral 5°, y 230 parágrafo 1° de la Ley 100 de 1993 y los artículos de la Ley 1438 de 2011,

CONSIDERANDO

Que en ejercicio del artículo 154 de la Ley 100 de 1993, el Gobierno Nacional ha reglamentado las condiciones de operación del aseguramiento, es especial la cobertura de afiliación, requisitos de habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud que operan el Régimen Subsidiado y el manejo y flujo de los recursos destinados para la garantía del aseguramiento.

Que en orden a situaciones presentadas relacionadas con el cumplimiento de las ordenes de la Sentencia de la Honorable Corte Constitucional T- 760 de 2007 y el alcance de los Autos que para el seguimiento de las mismas ha proferido el Alto Tribunal, así como para cumplir el objeto de la Ley 1438 de 2011, cual es, el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, hace necesario adoptar una serie de medidas que apunten a brindar servicios de mayor calidad y Plan de Beneficios Unificado para todos los residentes, y la garantía del acceso a los servicios concretando la estrategia de la portabilidad, en un marco de sostenibilidad financiera.

En las condiciones actuales de operación del régimen subsidiado existe un gran número de Entidades Promotoras de Salud EPS, dispersas en el territorio nacional, que manejan pequeños grupos de población, forma de operación que no garantiza la solidez en el manejo técnico, financiero y operativo del riesgo en salud que debe caracterizar a estas entidades, así como el cumplimiento cabal y oportuno de sus obligaciones para con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Lo anterior lleva a plantear al Gobierno Nacional la necesidad de introducir cambios en las reglas de operación de las entidades promotoras de salud, implementar mecanismos para que el ejercicio de la libre elección por parte del usuario se constituya en un fuerte incentivo para que las entidades aseguradoras compitan ofreciendo mejores servicios que resulten en un impacto positivo sobre la salud de los usuarios.

Que es necesario garantizar la destinación económica y social de los recursos del régimen subsidiado y el flujo oportuno de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación a los Prestadores de Servicios de Salud.

DECRETA:

CAPITULO I

CONDICIONES DE PERMANENCIA DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

Artículo 1°. Número mínimo de afiliados para la operación del régimen subsidiado en municipios y distritos.- Las Entidades Promotoras de Salud que garanticen el aseguramiento de la población afiliada al régimen subsidiado de salud, a partir de la fecha de entrada en vigencia del presente decreto y hasta el 30 de agosto de 2012, que deseen permanecer en los municipios y distritos en los que se encuentran operando, deberán acreditar un número mínimo de afiliados por municipio o distrito, equivalente a la cifra que resulte mayor entre 2.000 (dos mil) afiliados o el 5% (cinco por ciento) de la población total de afiliados a este régimen en el municipio o distrito respectivo.

Parágrafo 1.- En el evento en que el número total de afiliados al régimen subsidiado en un municipio sea inferior a 2000 (dos mil) afiliados, se entenderá este como el número mínimo de afiliados para operar en ese municipio.

Parágrafo 2.- Para efectos de la aplicación del número mínimo de afiliados de que trata el presente artículo, se tendrá en cuenta el número de afiliados registrados en la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA al último corte disponible a la fecha de entrada en vigencia del presente Decreto.

Artículo 2°. Traslado obligatorio de afiliados entre Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.- La entidad territorial aplicará las siguientes reglas de traslado obligatorio de afiliados para las EPS que a la entrada en vigencia del presente decreto y en lo sucesivo no cuenten con el número mínimo de afiliados establecido en el artículo primero del presente decreto.

1.- Cuando en el municipio o distrito, operen dos (2) EPS y una de ellas no alcance el número establecido de afiliación mínima, procederá el traslado obligatorio de los afiliados a la EPS que cumple con el número mínimo.

2.- Cuando en el municipio o distrito, operen tres (3) o mas EPS y sólo una cumple con el número establecido de afiliación mínima, procederá el traslado obligatorio de los afiliados a ésta última. En el evento en que sean dos (2) o mas EPS las que cumplen el número mínimo, procederá el ejercicio del derecho de libre elección para su traslado, bajo la vigilancia de la entidad territorial del orden que corresponda.

Parágrafo 1. Para efecto del traslado de que trata el numeral 2 del presente artículo, la entidad territorial municipal, distrital o departamental según corresponda, deberá vigilar que las EPS formalicen el respectivo traslado, informando la novedad en la Base de Datos Única de Afiliados-BDUA, de conformidad con los procesos establecidos en la Resolución 2321 de 2011 o la norma que lo adicione modifique o sustituya.

Parágrafo 2.- Cuando las EPS que cumplan con el número establecido de afiliación mínima en el municipio o distrito, se encuentren incursas en una medida de intervención forzosa para administrar o con medida de vigilancia especial impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, no podrán recibir los afiliados, caso en el cual el departamento vigilará la aplicación del Decreto 633 de 2012, en lo pertinente verificando su cumplimiento por parte de los municipios.

Parágrafo 3. A partir de la fecha de entrada en vigencia del presente decreto, las EPS incursas en una medida de intervención forzosa para administrar o con medida de vigilancia especial

impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, no podrán afiliar personas de manera ordinaria o por traslado individual.

Parágrafo 4. No podrán participar del traslado obligatorio del que trata el presente artículo, las Entidades Promotoras de Salud que sean objeto de cierre de servicios de la red contratada y/o presenten cartera vencida superior a 90 días, con la red pública del departamento, para lo cual la entidad territorial departamental informará a los municipios de su jurisdicción las EPS que presenten las condiciones señaladas.

Artículo 3 °. Restricción para la afiliación y traslado.- No podrán afiliar personas de manera ordinaria o por traslado individual, las Entidades Promotoras de Salud que sean objeto de cierre de servicios de la red contratada y/o que presenten cartera vencida con la red de prestadores públicos del departamento, cuya antigüedad sea superior a 90 días.

Para tal efecto, los prestadores de servicios de salud que hagan parte de la red contratada de las entidades promotoras de salud que operan en su jurisdicción, así como los municipios y distritos, informarán trimestralmente a la entidad territorial departamental la cartera vencida, para que dicha entidad en el marco de sus competencias consolide e informe a los municipios y distritos y a la Superintendencia Nacional de Salud las EPS que no pueden participar en los procesos de afiliación y traslado.

Parágrafo 1.- Cuando la entidad territorial departamental y el Distrito Capital identifiquen que una EPS se mantiene en el incumplimiento señalado en el presente artículo, requerirán a los municipios de su jurisdicción adelantar el traslado de afiliados a las EPS que operen en la entidad territorial, previo ejercicio del derecho a la libre escogencia de EPS por parte de los afiliados en un periodo no mayor a 30 días hábiles.

Artículo 4 °. Autorización automática para ampliación de la cobertura de afiliación.- A partir de la fecha de entrada en vigencia del presente decreto, se entenderá autorizada la ampliación de la cobertura de afiliación de las EPS que operan el régimen subsidiado, sin requisito previo o trámite especial, ante la Superintendencia Nacional de Salud, en todo caso una vez surtidos los procesos de traslado de que trata el presente decreto, las EPS informarán a la Superintendencia Nacional de Salud el incremento de su cobertura, dentro de los treinta (30) días siguientes al vencimiento del plazo establecido en el artículo primero del presente decreto.

Parágrafo.- Las EPS que aumenten su cobertura de afiliación informarán adicionalmente esta situación a la entidad territorial departamental respectiva, incluyendo la red de prestación de servicios con la cual garantizará el acceso a los servicios de salud a los nuevos afiliados.

CAPITULO II OPERACIÓN REGIONAL DEL ASEGURAMIENTO

Artículo 5°. Operación regional de las Entidades Promotoras de Salud.- El aseguramiento para la población afiliada al régimen subsidiado se organizará regionalmente, para lo cual las Entidades Promotoras de Salud deberán ajustar sus procesos técnicos, administrativos y financieros para garantizar a los afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, los servicios de salud en todo el territorio nacional. Para dicha organización, las EPS contarán con siete (7) meses a partir del vencimiento del plazo establecido para el cumplimiento del requisito de número mínimo de afiliados de que trata el artículo primero del presente decreto.

Artículo 6°. Regiones de operación. Para la operación del aseguramiento se contará con cinco (5) regiones, conformadas por los departamentos y sus respectivos municipios y el Distrito Capital de la siguiente manera:

- a) **Región Norte:** conformada por los departamentos de: Sucre, Bolívar, Magdalena, La Guajira, Cesar, Atlántico y San Andrés y Providencia;
- b) **Región Noroccidental:** conformada por los departamentos de: Antioquia, Chocó, Córdoba, Caldas, Risaralda, Quindío y Tolima.
- c) **Región Centro-Oriente:** conformada por el Distrito Capital y los departamentos de: Cundinamarca, Boyacá, Norte de Santander y Santander.
- d) **Región Sur:** conformada por los departamentos de: Valle, Cauca, Nariño y Huila.
- e) **Región de Zonas especiales:** conformada por los departamentos de: Arauca, Casanare, Meta, Guaviare, Caquetá, Guainía, Vaupés, Vichada, Putumayo y Amazonas.

Artículo 7°. Condiciones para la operación regional. Las Entidades Promotoras de Salud para continuar operando aseguramiento de la población afiliada al régimen subsidiado deberán sujetarse a las siguientes condiciones a cumplirse para cada región del aseguramiento:

- a. Acreditar en cada región en la que se encuentre operando no menos del 15%, ni más del 35% del total de los afiliados de la región.
- b. Garantizar la portabilidad e integralidad de la prestación de los servicios a sus afiliados en todos los municipios de los departamentos que conforman la región, para ello la Entidad Promotora de Salud, diseñará e implementará las estrategias que le permitan el logro de este objetivo.

Parágrafo 1.- Las Entidades Promotoras de Salud con intervención forzosa para administrar o en medida de vigilancia especial impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud continuarán operando en aquellas regiones en las que cumplan los requisitos establecidos en el presente artículo, sin embargo no podrán participar en los procesos de traslado voluntario de afiliados en las entidades territoriales del orden municipal o distrital, como tampoco afiliarse a personas de manera ordinaria o por traslado individual.

Parágrafo 2.- Una vez el Gobierno Nacional expida la reglamentación concerniente al fortalecimiento del aseguramiento en los territorios de población dispersa, las EPS que operen

en los municipios definidos como población dispersa, deberán organizar el aseguramiento cumpliendo con los aspectos señalados en el presente decreto.

Artículo 8°. Organización del aseguramiento en zonas especiales. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que operen en los departamentos que conforman la región de zonas especiales para la organización del aseguramiento, deberán considerar los siguientes aspectos para la prestación de los servicios de salud:

1. Organizar y garantizar de manera conjunta el acceso real, oportuno y eficiente de los servicios de salud a sus afiliados, indistintamente de la Entidad Promotora de Salud o del municipio en el que residan;
2. Garantizar el traslado de pacientes a las instituciones prestadoras de servicios de salud contratadas a nivel nacional y/o territorial para atender a la población según el nivel de complejidad de los servicios;
3. Establecer modelos de contratación para la prestación de servicios de profesionales de ciertas especialidades para garantizar la disponibilidad periódica de estos profesionales en los departamentos que hacen parte de las zonas especiales.

Parágrafo.- Las Entidades Promotoras de Salud que operen en los municipios de los departamentos de las zonas especiales, deberán conformar y operar equipos móviles multidisciplinarios para la atención de las poblaciones ubicadas por fuera de las cabeceras municipales. Estos equipos deberán establecer mapas de poblaciones a atender, así como cronogramas para su cobertura regular y periódica.

Artículo 9°. Contratación de los servicios de salud en la región zona especial. Las Entidades Promotoras de Salud que operen en zonas especiales, contratarán obligatoria y efectivamente con la red pública debidamente habilitada existente en la región zona especial, siempre y cuando ésta tenga la suficiente capacidad resolutive así:

- a. 80% de la contratación para la prestación de servicios de primer y segundo nivel de complejidad.
- b. 50% de la contratación para la prestación de servicios de segundo y tercer nivel con la red pública de otros municipios y/o departamentos que no hagan parte de la región zona especial.

El pago con cargo a esta contratación se efectuara mediante el giro directo, en el marco de lo dispuesto en el Decreto 971 de 2011. En ningún caso el porcentaje de giro directo podrá ser inferior al 60% de los porcentajes de que trata el presente artículo.

Parágrafo 1.- Cuando los prestadores de salud que hacen parte de la red pública de la región zona especial, dispongan de la infraestructura para operar los equipos de telemedicina, las Entidades Promotoras de Salud incluirán en los contratos de Prestación de Servicios de Salud una cláusula sobre la obligación para las partes sobre la utilización de estos equipos en el modelo de atención en salud a prestar a los afiliados.

Parágrafo 2.- A fin de garantizar la portabilidad del derecho a la atención en salud en cualquier municipio, zona urbana o rural de los departamentos que hacen parte de región zona especial, las Entidades Promotoras de Salud implementaran de manera obligatoria un mecanismo interno de cruce de cuentas, de forma tal que se garantice la atención a las personas

independientemente, de la Entidad Promotora de Salud en la que se encuentre afiliado, el municipio en el que resida, se traslade, o el prestador que lo atienda.

CAPITULO III

MANEJO Y APLICACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 10°. Restricciones a la fusión de Entidades Promotoras de Salud.- Las Entidades Promotoras de Salud en intervención forzosa para administrar o en medida de vigilancia especial impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, podrán participar en un proceso de fusión, por asociación o absorción, solo si, la fusión resuelve y cancela efectivamente el cien por ciento (100%) de la cartera conciliada con la red prestadora de servicios de salud de naturaleza pública y privada y con los demás proveedores. En ningún caso, los acuerdos de pago o la participación accionaria con los acreedores se podrán considerar medios de pago efectivos. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las entidades objeto del proceso de fusión en la etapa previa a la autorización de ésta.

Artículo 11°. Giro directo para el pago de cartera con Prestadores de Servicios de Salud en el Régimen Subsidiado.- El Ministerio de Salud y Protección Social aplicará la medida de giro directo para pago de cartera a los Prestadores de Servicios de Salud con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado en intervención forzosa para administrar o en medida de vigilancia especial, así como para las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren en las situaciones del artículo 3 del presente decreto.

El giro directo se sujetará a las siguientes reglas:

- 1.- Se girará directamente a los prestadores de servicios de salud hasta el 70 % del total de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación calculados en la liquidación mensual de afiliados a favor de la Entidad Promotora de Salud. La cifra girada deberá destinarse en principio al pago de la deuda corriente y una vez esté cubierta, podrá destinarse el excedente del monto girado directamente, al cubrimiento de la cartera vencida no corriente.
- 2.- Una vez cubiertas ambas deudas, el giro directo a los prestadores de salud lo realizará la Empresa Promotora de Salud en el marco de la administración del régimen subsidiado, de acuerdo con lo establecido en el decreto 971 de 2011, modificado por los decretos 1700 y 3830 de 2011.
- 3.- El procedimiento del giro directo en el marco del numeral primero del presente artículo se sujetará a la reglamentación que para el giro directo a los prestadores expidió el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo.- Para la aplicación del presente artículo, la cartera con un vencimiento de más de noventa (90) días, es la reflejada en una cuenta presentada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y reconocida por la Entidad Promotora de Salud.

Artículo 12°. Conciliación de cuentas de cartera entre IPS y EPS. Las IPS y EPS tendrán un plazo no mayor de ciento ochenta (180) días a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, para ponerse de acuerdo y conciliar sus deudas.

La conciliación incluye actuaciones conducentes al pago efectivo de la deuda, tales como cruce de cuentas, suscripción de acuerdos de pago y la utilización de mecanismos extrajudiciales como los que ofrecen las Cámaras de Comercio en cuyo caso el costo lo asumirán las partes en igual proporción.

Vencido este término sin que se haya logrado el pago efectivo de la deuda, las partes deberán acudir a los mecanismos judiciales para la recuperación de tales deudas.

Parágrafo 1.- En el caso de las Entidades Promotoras de Salud con intervención forzosa para administrar o con medida especial, el interventor y/o el contralor designado por la Superintendencia Nacional de Salud adelantarán las actuaciones señaladas en el presente artículo.

Parágrafo 2.- El incumplimiento de esta disposición dará lugar a la revocatoria del certificado de funcionamiento.

ARTICULO 13o. Permanencia de las Cajas de Compensación Familiar en la operación del aseguramiento.- Las Cajas de Compensación Familiar habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud como Entidades Promotoras de Salud, que operen el régimen subsidiado continuaran con este programa independientemente del número mínimo de afiliados que exige el presente decreto.

Estas entidades en atención al principio de territorialidad que le precede a su naturaleza y su objeto social, deben hacer presencia en el total de los municipios que hacen parte de la jurisdicción del departamento al que naturalmente pertenecen.

Las Cajas de Compensación Familiar que como consecuencia de la administración directa de los recursos del régimen subsidiado de que trata el artículo 214 de la Ley 100 y del decreto 971 de 2011, se hayan retirado de forma voluntaria de la administración directa de estos recursos podrán solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud la autorización para operar el aseguramiento para lo cual podrán utilizar el 11.4% de su patrimonio de la Caja de Compensación Familiar

Parágrafo.- A las Cajas de Compensación Familiar que se hayan retirado voluntariamente de la operación del régimen subsidiado no se les aplicara la restricción para operar en el departamento señalada en el artículo 4 del Decreto 1024 de 2009.

Artículo 14º.-

Con el fin de obtener la respectiva autorización para la administración directa de los recursos de que trata el artículo 217, estas entidades deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud:

1. El diseño de un programa especial para la administración de subsidios, en donde acredite su capacidad técnica, científica y administrativa para garantizar el aseguramiento, administración y la organización de los servicios de salud, incluida la acreditación de los instrumentos técnicos en materia de software y hardware, que permitan la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia.
2. El estudio sobre la capacidad de oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la disponibilidad de profesionales y grupos de práctica de la región en donde piensa operar, o

a través de los cuales piensa garantizar la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS-S.

Dentro de este estudio debe presentarse el plan de organización de la red para la prestación del POS ya sea a través de la infraestructura existente o de la propia en caso de que no exista oferta disponible, cerciorándose de que su organización y capacitación es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados.

3. La constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes, con los recursos destinados a subsidios en salud.

4. Las demás que la Superintendencia Nacional de Salud requiera para cerciorarse de los requisitos anteriormente previstos.