



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

RESPUESTA AUTO REMITIDO CON Oficio N°OPTB-246/2010. Sentencia T-760/2008. Expediente T-1.281.247. ACCIÓN DE TUTELA INSTAURADA POR LUZ MARY OSORIO PALACIO CONTRA SALUD COLPATRIA Y OTROS.

**CORTE CONSTITUCIONAL – SALA ESPECIAL DE SEGUIMIENTO –SEGUIMIENTO A LA VIGÉSIMA NOVENA ORDEN DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008
Magistrado Sustanciador: JORGE IVAN PALACIO PALACIO**



Libertad y Orden

Respuesta al Oficio N°OPTB-246/2010. Sentencia T-760/2008. Expediente T-1.281.247. ACCIÓN DE TUTELA INSTAURADA POR LUZ MARY OSORIO PALACIO CONTRA SALUD COLPATRIA Y OTROS.

Cumplimiento Auto N° 109 de 8 de junio de 2010, proferido por el Magistrado doctor Jorge Iván Palacio Palacio, de manera respetuosa se da respuesta a lo solicitado en el respectivo auto en los siguientes términos:

- A. “Primero: informar** al Ministerio de la Protección Social que preocupa altamente a la Corte Constitucional que no se haya informado y sustentado a la Sala de Seguimiento sobre la ejecución y el cumplimiento formal y material de la vigésimo novena orden de la sentencia T-760 de 2008.”

Respuesta:

Desde el principio de este proceso de fortalecimiento del Sistema General de Seguridad social en salud- SGSSS, las acciones del Ministerio de la Protección Social se han encaminadas a dar cumplimiento a las órdenes impartidas por la Honorable Corte Constitucional, y por supuesto, el tema de la universalización ha estado presente, como resulta del mismo mandato de la Ley 100 de 1993.

Justamente, la ley contempla la universalización como parte de los principios generales a los cuales ha de sujetarse la prestación del servicio público esencial de seguridad social, y que en su artículo 2° la define como “la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;” Precisamente, vale la pena recordar que el 15 de julio de 2009, se hizo entrega de un documento resumen de reflexiones de un importante grupo de instituciones y profesionales interdisciplinarios nacionales e internacionales sobre el avance del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las dificultades existentes. El documento en punto a la afiliación se expresaba: “ La afiliación al SGSSS ha aumentado de manera significativa, progresiva , equitativa y sostenida. Entre 1993 y 2008 la cobertura de aseguramiento pasó de 23,7% a 86% (según datos de las encuestas) Este incremento ha sido impulsado por el gobierno del Presidente Alvaro Uribe , que en cumplimiento de los principios de universalidad, progresividad y equidad, establecidos por la Ley(...) elemento este que se ve reflejado en el incremento de 12.700.00 personas afiliadas. Este aumento de cobertura se focalizó, especial, más no únicamente, a la población más pobre y los habitantes de la zona rural, disminuyéndose los marcados diferenciales que existían por quintil del ingreso y aumentándose la afiliación al régimen subsidiado” En el acápite tercero mencionado documento, se reconoce que la falta de universalización “ha generado diferencias en el acceso efectivo a los servicios de salud, en contraste con los afiliados al SGSSS. Es por esto que se hace necesario que para el cumplimiento de las órdenes de la Corte, se pueda universalizar, haciendo obligatorio el aseguramiento para la totalidad de la población, independiente de sus condiciones sociales, culturales, económicas o judiciales.” Estos documentos iniciales, como se ha demostrado



Libertad y Orden

reconocen y plantean la importancia y necesidad de la universalización en el Sistema General de Seguridad social con el fin de permitir el acceso efectivo a los servicios de salud, para lo cual el Gobierno Nacional “ decidió priorizar la afiliación de todas las personas de los niveles I y II del Sisben para garantizarles el acceso a los planes de beneficios del sistema.”¹

Con posterioridad, el Ministerio de la Protección Social ha entregado los informes y documentación solicitada por la Corte para atender lo ordenado en punto de la universalización como se describe a continuación:

Diciembre de 2008

Es así como el 10 de diciembre de 2008, el Ministerio de la Protección Social remitió informe, en el que señaló que desarrollaría un plan dar cumplimiento a la Orden 29, que contemplaba la identificación y afiliación de la población, con y sin capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como el fortalecimiento de los mecanismos que permitan controlar la evasión y elusión al Sistema.

Julio 2009

En julio de 2009, este ministerio presentó el plan y cronograma, así como el avance de las actividades detalladas asociados al logro en la cobertura universal del SGSSS, mediante oficio fechado el 30 de julio con radicado 006965 el MPS remitió el informe solicitado por la Corte Constitucional con oficio 189/09 en el que presenta el plan y cronograma, así como el avance de las actividades detalladas asociados al logro en la cobertura universal del SGSSS. Estos elementos presentados en su momento contemplaron las siguientes propuestas y presentaron los avances en su momento como se expone a continuación:

PLAN Y CRONOGRAMA (agosto-diciembre 2009)

Se definieron tres líneas generales de acción; las dos primeras orientadas a la obtención, de una parte, de la cobertura universal de la población pobre y vulnerable identificada en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales y, de otra, de la población del nivel III del SISBEN y la población que cuenta con alguna capacidad de pago. La tercera línea de acción es transversal al logro de los objetivos y compone las actividades encaminadas a garantizar la sostenibilidad financiera de la universalización.

¹Ver página 21 del documento referido.

LINEA DE ACCIÓN	ÁMBITO	ACTIVIDAD	EJECUTOR	ago-09	sep-09	oct-09	nov-09	dic-09
1. Aseguramiento para población pobre y vulnerable identificada como SISBEN I, II; y Poblaciones especiales	1.1 Identificación y afiliación - Competencias Municipales	1.1.1 Actualización, cruce y depuración de Base de datos de afiliados del Régimen Subsidiado	Entidad Territorial					
		1.1.2 Expedición Actos Administrativos que precisen las competencias relacionadas con el Régimen Subsidiado.	Ministerio de la Protección Social					
	1.2 Identificación y afiliación - Marco procedimental	1.2.1 Permitir la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable, mediante la implementación de los mecanismos técnicos necesarios para lograr la plena identificación y afiliación inmediata al Sistema de esta población.	Ministerio de la Protección Social					
		1.2.2 Ajustar Actos Administrativos reglamentarios de la afiliación única electrónica, para garantizar la afiliación mediante el operador de información.	Ministerio de la Protección Social					
2. Aseguramiento de la población identificada como SISBEN III y población con alguna capacidad de pago	2.1 Determinación de la capacidad de pago y control de la evasión y elusión	2.1.1 Identificación y afiliación al Régimen Contributivo de la población con alguna capacidad de pago, mediante la creación del registro de población de bajos ingresos.	Gobierno Nacional					
		2.1.2 Cruce y depuración del registro único de población de bajos ingresos, con la información reportada por las entidades de carácter público y privado en cumplimiento de los requerimientos realizados por el Ministerio de la Protección Social.	Ministerio de la Protección					
3. Sostenibilidad Financiera del aseguramiento universal	3.1 Concurrencia y control de los recursos asignados al sistema en la Ley 1122/07	3.1.1 Expedir actos administrativos que viabilicen el control y la correcta utilización de los recursos del Sistema y efectuar el seguimiento correspondientes.	Ministerio de la Protección Social					
		3.1.2 Adecuada aplicación y registro en cuenta maestra de recursos destinados por ley (1122 de 2007 y 1151 de 2007) al Régimen Subsidiado	Entidad Territorial Municipal					
	3.2 Recaudo e incorporación de recursos provenientes de la población con alguna capacidad de pago en el marco de Res.990/09 y 1155/09	3.2.1 Implementar los mecanismos que permitan realizar el recaudo de aportes de la población que cuente con alguna capacidad de pago y que ya se encuentre afiliada al Régimen Subsidiado.	Ministerio de la Protección Social- Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Entidad Territorial					

Vale señalar igualmente que a través del CNSSS se expidió el Acuerdo 415 de 2009, que en su artículo 95, establece un procedimiento extraordinario para asignar la población elegible no afiliada a las EPS-S contratadas en los respectivos municipios, lo cual tendría repercusión en la universalización.

Adicionalmente, el informe de julio de 2009 presentó el siguiente cuadro con los avances a 30 de julio de 2009, en la universalización de la cobertura en salud como sigue:

ACTIVIDADES ADELANTADAS CON CORTE JULIO 30 DE 2009

ACTIVIDAD	AVANCE A JULIO 30 DE 2009
1.1.1 Actualización, cruce y depuración de Base de datos de afiliados del Régimen Subsidiado	
1.1.2 Expedición Actos Administrativos que precisen las competencias relacionadas con el Régimen Subsidiado.	Aprobación por parte del CNSSS de Acuerdo que modifica la operación del Régimen Subsidiado de Salud (mayo 2009). Definición de indicadores generales de monitoreo preventivo de la operación del Régimen Subsidiado de Salud como insumo para la expedición de Actos administrativos referentes a la certificación municipal en la operación del Régimen Subsidiado (junio 2009).
1.2.1 Permitir la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable, mediante la implementación de los mecanismos técnicos necesarios para lograr la plena identificación y afiliación inmediata al Sistema de esta población.	Expedición de la Resolución 2020 de junio de 2009, por la cual se establecen los parámetros técnicos que deben aplicar los operadores de información que cuenten con autorización para ofrecer el servicio de afiliación única electrónica, así como las administradoras de los diferentes subsistemas de la protección social para la afiliación al esquema de las coberturas del programa social complementario planteado en la Ley 1151 de 2007, Ley 1250 de 2008 y Decretos 2060 de 2008 y 1800 de 2009.
1.2.2 Ajustar Actos Administrativos reglamentarios de la afiliación única electrónica, para garantizar la afiliación mediante el operador de información.	
2.1.1 Identificación y afiliación al Régimen Contributivo de la población con alguna capacidad de pago, mediante la creación del registro de población de bajos ingresos.	Expedición de la Resolución 990 de abril de 2009, por la cual se permite la cotización mediante la Planilla Única PILA de la población independiente de bajos ingresos y Resolución 1155 de abril de 2009, por la cual se define el Registro de Independientes con bajos ingresos.
2.1.2 Cruce y depuración del registro único de población de bajos ingresos, con la información reportada por las entidades de carácter público y privado en cumplimiento de los requerimientos realizados por el Ministerio de la Protección Social.	Proceso técnico definido al interior del Ministerio de la Protección Social
3.1.1 Expedir actos administrativos que viabilicen el control y la correcta utilización de los recursos del Sistema y efectuar el seguimiento correspondientes.	Expedición de la Resolución 991 por la cual se modifica la resolución que define la operación de los Fondos Territoriales de Salud, requiriendo a las entidades financieras reporte de información de los saldos y movimientos de las cuentas maestras. Resolución 1021 y 2361 de 2009. Las cuales definen los criterios y periodicidad del reporte de información de saldos y movimientos de la cuenta maestra del Régimen Subsidiado de Salud.
3.1.2 Adecuada aplicación y registro en cuenta maestra de recursos destinados por ley (1122 de 2007 y 1151 de 2007) a Régimen Subsidiado	
3.2.1 Implementar los mecanismos que permitan realizar el recaudo de aportes de la población que cuente con alguna capacidad de pago y que ya se encuentre afiliada al Régimen Subsidiado.	Resoluciones 990 y 1155 de 2009 expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

Diciembre 2009

En este lapso, la universalización toma un matiz diferente por cuanto se desarrolla bajo el marco de la emergencia social decretada por el Gobierno Nacional. En efecto, teniendo en cuenta la situación presentada, y ante la necesidad de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y hacer frente a la amenaza de la sostenibilidad y liquidez del Sistema a través del cual se garantiza el mismo, el Gobierno Nacional consideró imprescindible declarar la emergencia social, en los términos indicados en el artículo 215 de la Constitución Política, dentro de los límites allí previstos y atendiendo las exigencias previstas en la Ley 137 de 1994, ley estatutaria de estados de excepción. La responsabilidad que deviene de la consagración de un Estado social de derecho como el que nos gobierna implicaba la necesidad impostergable de utilizar un mecanismo idóneo que lograra evitar el desbarajuste que se estaba enquistando en el sistema y que, de continuar, conduciría indefectiblemente a su colapso tal y como se advierte de las innumerables manifestaciones de los actores del Sistema que informaban de situaciones críticas en varios sentidos:

- Crecimiento abrupto de los pagos no POS.
- Incremento de la Cartera Hospitalaria y, en general de las IPS.
- Insostenibilidad de los actores del SGSSS.
- Déficit en las finanzas territoriales.
- Interrupción en el flujo de recursos.

De esta manera, para un Estado y una administración sectorial responsables, que contaban con indicios serios sobre el deterioro financiero del Sistema y de los diferentes actores, agravado en los últimos meses del año 2009, resultaba imperativo construir las barreras y diques que la evitaran o, en caso de que ya se hubiera producido, aminoraran los efectos y permitieran conjurar la crisis. Fue, precisamente, frente a las circunstancias descritas por la que se produjo la respuesta contenida en el Decreto 4975 de 23 de diciembre de 2009. Con la declaratoria de la emergencia social, que demandó enormes esfuerzos administrativos del MPS, así como de gran parte de los actores del SGSSS, la universalización se consideró en las medidas adoptadas por el Decreto 132 de 2010.

Enero 2010

Es preciso señalar que la universalización, se entiende por el Ministerio de la "Protección Social con fundamento en las normas legales vigentes, como la cobertura universal sostenible de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisben y listado censales de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al régimen subsidiado Sistema. Es así que al contar el Sistema General de Seguridad Social en Salud con los recursos suficientes para el año 2010, y dado que para su sostenibilidad debe aplicarse lo previsto en el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, que modificó el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, en cuanto el gobierno nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población I, II y III. Así, los anteriores hechos apuntan a la necesidad de reconocer que en este momento hay universalización dado que a esta fecha el país se encuentra en cobertura del 90% de aseguramiento en salud desde la perspectiva de la población identificada en los niveles I y II del

Sisben. El detalle del aseguramiento en cada uno de los departamentos se encuentra en la respuesta al numeral segundo de este Auto..

De igual manera, y teniendo en cuenta que se trata de un principio para la prestación del servicio de seguridad social en salud, es preciso subrayar que la universalización conlleva el compromiso en cabeza de las entidades territoriales de garantizar la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al régimen subsidiado, siempre y cuando cumplan los requisitos para estar en este régimen, como se deriva de sus competencias en salud consagradas en la Ley 715 de 2001.

Si bien, se presentan los elementos necesarios para la universalización sostenible, la situación crítica que atraviesa el sector, ocupó la atención del Ministerio de la Protección Social cuya prioridad era sacar adelante la emergencia social con el fin de hacer frente a los efectos de la crisis. En este **contexto, como parte** la problemática que fundamentó la declaratoria de la emergencia social se hizo referencia a la asignación de recursos para la ampliación de cobertura con miras a la consolidación de la universalización en los niveles I y II del Sisben.

En primera instancia, se señaló que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estableció los criterios para la asignación de recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para ampliar la cobertura del Régimen Subsidiado, en cumplimiento a lo previsto en el Artículo 9 de la Ley 1122 de 2007. Adicionalmente en cumplimiento del fallo de segunda instancia de la Sección Tercera del Consejo de Estado de fecha del 16 de mayo de 2007 y auto aclaratorio del 1° de noviembre de 2007, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) definió mediante Acuerdo 377, los criterios de aplicación de los excedentes financieros de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA. Se resaltó que tal decisión, permitía la ampliación de cobertura de aproximadamente 2.2 millones de cupos del Régimen Subsidiado que se contratarían durante la vigencia contractual 2008 garantizando la financiación de su afiliación, con estos mismos recursos, hasta septiembre de 2010, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo del actual Gobierno.

En este punto vale señalar que las medidas de universalización fueron planteadas desde el Decreto 131 de 2010, el cual consagró las siguientes medidas importantes en materia de afiliación para operativizar la universalización. Estas medidas se contemplaron en el capítulo V del decreto referido y puntualmente establecieron lo siguiente:

ARTÍCULO 37. NATURALEZA DE LA AFILIACIÓN. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es de carácter obligatorio para los colombianos y residentes del territorio nacional en los términos en que corresponden a cada régimen de aseguramiento; en consecuencia el Ministerio de la Protección Social establecerá los mecanismos de afiliación forzosa y las sanciones correspondientes.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se dará por una única vez. Luego de esta, los cambios en la condición del afiliado o los traslados entre EPS del mismo régimen o entre regímenes se considerarán novedades.

ARTÍCULO 38. DE LA COBERTURA UNIVERSAL. En el marco de la cobertura universal de las poblaciones SISBEN I, II y III el acceso a los servicios de salud contemplados en el Plan



Libertad y Orden

Obligatorio de Salud de la población elegible no afiliada deberá realizarse en el marco de la afiliación al Régimen Subsidiado y por lo tanto, la entidad territorial deberá adelantar de manera inmediata la afiliación para que dichos servicios sean atendidos con cargo a las fuentes de financiamiento previstas por la Ley 1122 de 2007, para dicho Régimen.

ARTÍCULO 39. Modifíquese el literal a del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así:

“a) Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en el nivel I del Sisbén o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción.

La población de los niveles II y III del Sisbén podrán recibir subsidio total o pleno siempre y cuando no cuenten con capacidad parcial de aporte de acuerdo con los instrumentos que defina el Gobierno Nacional para tal fin.

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”.

ARTÍCULO 40. Modifíquese el literal b) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así:

“b) La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez se haya logrado una cobertura del 80% al régimen subsidiado de los niveles I y II del Sisbén.

Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social”.

En segundo lugar, al cumplir con lo dispuesto en el literal a del numeral 1 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, se había realizado una transformación progresiva de recursos Sistema General de Participaciones en Salud - SGP a subsidios a la demanda, de hasta el 65%. Transformación, esta, no obstante, que resultaba insuficiente para cubrir la igualación de planes de beneficios ordenada por la Sentencia T-760 de 2008 para menores de 18 años, alcanzan más de 11 de millones de personas y representan cerca del 45% de la población afiliada a este régimen. Ante la necesidad de propender por la igualación de planes para el resto de la población afiliada al régimen subsidiado, se requería de una mayor transformación de recursos del Sistema General de Participaciones y otras fuentes que permitan la disponibilidad de recursos para alcanzar este objetivo. En este orden de ideas, el incremento de los recursos del SGP de manera progresiva de acuerdo con la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el régimen subsidiado y contributivo que determine el Gobierno Nacional, sin superar el 90% y la transformación de rentas cedidas para cofinanciar la unificación de planes fue una de las medidas introducidas por el Decreto Ley 132 de 2010, que apuntaba directamente a la universalización de la cobertura en salud del régimen subsidiado, como lo señalaba el artículo 4 en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 4o. *TRANSFORMACIÓN DE RECURSOS*. Modifíquese el literal a) del numeral 1) del artículo 111 de la Ley 1122 de 2007 que modificó el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en salud - SGPS que se destinarán previo concepto del Conpes, y en una forma progresiva al régimen subsidiado en salud: en el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61%, año 2009 el 65%. A partir del año 2010 este porcentaje se incrementará de manera progresiva de acuerdo con la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el régimen subsidiado y contributivo que determine el Gobierno Nacional, sin superar el 90%.

b) Los recursos de rentas cedidas deberán transformarse para cofinanciar la unificación de planes obligatorios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con un plan de transformación.”

Abril 2010

Mediante Comunicado de Prensa No. 20 de 16 de abril de 2010 de la Corte Constitucional se da a conocer la decisión de la declaratoria de inexecutable de la emergencia social, mediante la sentencia C-252/10 y sus consecuencias para el SGSSS, en la medida en que el fallo determinó:

“**Primero.-** Declarar **INEXEQUIBLE** el Decreto 4975 de 2009, “Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social”.

Segundo.- Los efectos de la presente sentencia respecto de las normas que establecen fuentes tributarias de financiación se determinarán de acuerdo con el considerando 5.2. ”

Sólo es hasta que se aclara el panorama normativo y se trazan nuevas directrices por parte del Ministerio de la protección Social, que se enfilan los esfuerzos reglamentarios para sacar adelante la universalización, partiendo de los planteamientos iniciales pero acompañados de nuevas herramientas que posibilitarán la universalización de la cobertura del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social. Aspectos como la decisión de las entidades territoriales de transformación subsidios parciales en completos para aumentar cobertura en los niveles del Sisben I y II, en cumplimiento de las previsiones de la Ley 1122 de 2007.

De otra parte, dado que se cuenta con los recursos apropiados 2010 para asegurar la afiliación de la totalidad de los 24 millones de personas elegibles, los esfuerzos se han centrado en definir mecanismos para que en la operación del Régimen Subsidiado, se viabilice la afiliación y se han buscado alternativas reglamentarias para complementar las medidas existentes en esta materia.

Mayo 2010

El Ministerio de la Protección Social reglamenta algunos mecanismos para consolidación de la universalización, para lo cual expide el Decreto 1964 de 31 de mayo de 2010 que contempla la posibilidad de la asignación directa de usuarios a las EPS del régimen subsidiado como mecanismo. Su objetivo es definir los lineamientos generales a los que deben ajustarse las Entidades, las Empresas Promotoras de Servicios de Salud del Régimen Subsidiado y los demás actores involucrados en la operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para la contratación de la administración de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social de Salud, así como las directrices y los mecanismos que permitan consolidar la universalización de la afiliación al régimen subsidiado. De manera particular el artículo 5° del decreto establece que “El Ministerio de la Protección Social fijará los mecanismos necesarios para consolidar la universalización de la afiliación al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos mecanismos incluyen, entre otros, la asignación directa de usuarios a las EPS del régimen subsidiado y la afiliación única electrónica, sin perjuicio del ejercicio del derecho a la libre elección.

Junio 2010

Posteriormente, se expidió la Resolución 2024 de 1° de junio de 2010 “Por medio de la cual se fijan los mecanismos y condiciones para consolidar la universalización al Sistema General de Seguridad Social en salud” En este acto administrativo, se establecen una serie de etapas para asegurar la universalización se deben agotar las siguientes etapas:

1. **Asignación de EPS:** Proceso mediante el cual el Ministerio de la Protección Social asignará la población objeto de universalización contenido en el Listado Nacional de Elegibles a las EPS que operen en el municipio, en todo el territorio nacional.

En esta etapa se realizará lo siguientes pasos:

- a. **Conformación del Listado Nacional de Elegibles.** El Ministerio de la Protección Social conformará el Listado con la población de los niveles I, II y III de SISBEN no asegurada, el Listado proporciona el número y datos de la población por municipio objeto de la medida.
- b. **Asignación homogénea de EPS.** En esta etapa el Ministerio de la Protección Social asignará homogéneamente a las EPS por municipio, teniendo en cuenta los siguientes criterios:
 - i. La asignación por núcleo familiar, criterio familiar
 - ii. La asignación de los núcleos familiares a las EPS que operen en el municipio, criterio geográfico.
 - iii. La asignación de núcleos familiares residuos aleatoriamente entre las EPS que operen en el municipio, criterio aleatorio.
- c. **Divulgación de población asignada.** El Ministerio de la Protección Social remitirá las bases de datos de población asignada a las entidades territoriales y a las EPS, estas a su vez remitirán las bases de datos a los

prestadores de servicios de salud que conforman la red de prestación de servicios.

- d. **Duración.** Esta etapa se desarrolla en un plazo máximo de dos meses.
2. **La afiliación transitoria:** Proceso en el cual la población se incorpora al Sistema General de Seguridad Social en Salud de forma transitoria, a través de la EPS a la cual fue asignada por el Ministerio de la Protección Social mientras la población ejerce su derecho a la libre elección.

En esta etapa se llevará a cabo:

- a. **Búsqueda activa de la población asignada.** Las EPS realizarán brigadas de promoción de la afiliación, a través de las cuales localice a la población asignada y reúna la información necesaria para hacer efectiva la afiliación de estas personas.
- b. **Identificación pasiva de población.** Los prestadores de servicios de salud de forma obligatoria identificarán, atenderán e informarán y remitirán a las EPS la población asignada que demanda servicios de salud.
- c. **Suscripción del formulario.** El afiliado suscribirá el formulario de afiliación y traslados ante la EPS, incluyendo al núcleo familiar. En el caso, en que la población se niegue a suscribir el formulario la entidad territorial lo suscribirá.
- d. **Cargue y validación en la Base de Datos Única de Afiliados, BDUA.** La EPS cargará en la BDUA los afiliados asignados que suscribieron formularios.
- e. **Autorización de financiamiento.** La entidad territorial validará y autorizará mensualmente el financiamiento de la población cargada en la BDUA.
- f. **Adquisición de la calidad de afiliado transitorio.** Una vez el ente territorial autorice el financiamiento, el afiliado será sujeto de derechos y obligaciones en salud y se mantiene su vigencia desde el momento en que se adquirió tal calidad hasta que: a) se convierte en afiliado ordinario del régimen subsidiado por cumplir los requisitos de ley o b) se pierde esa calidad.
- g. **Duración.** Esta etapa debe desarrollarse como máximo en un plazo de 6 meses, que inician el día que el Ministerio de la Protección asigne la población.
3. **Afiliación ordinaria.** Proceso en el cual la población afiliada transitoriamente se incorpora al Sistema General de Seguridad Social en Salud de forma definitiva, a través de la libre elección de las EPS.

Durante esta etapa, se aplican las siguientes reglas:



Libertad y Orden

- a. **Libre elección.** Los afiliados pueden trasladarse a la EPS de su preferencia ubicada en el municipio, dentro de los tres meses siguientes a haberse efectuado la afiliación transitoria.
- b. **Suscripción del formulario.** El afiliado suscribirá el formulario de afiliación y traslados ante la EPS, incluyendo al núcleo familiar.
- c. **Cargue y validación en la Base de Datos Única de Afiliados, BDUA.** La EPS informará la novedad y cargará en la BDUA los afiliados asignados que suscribieron formularios.
- d. **Duración:** Esta etapa debe desarrollarse como máximo en un plazo de 6 meses, que inician el día que el Ministerio de la Protección asigne la población.

B. “Segundo: Solicitar al Ministerio de la Protección Social para que en término de diez (10) , allegue un informe en el que se detalle, sustente y mida de manera pormenorizada el cumplimiento de cada una de las actividades que componen el cronograma tendiente a alcanzar aseguramiento universal , relacionando cada uno de los municipios en dónde se presentaron problemas y especificando cómo se superaron los mismos. Además este informe debe contener, como mínimo, (a) los avances y retrocesos presentados en el perfeccionamiento y depuración de la BDUA y los resultados de la implementación del Acuerdo 408 de 2009 y los instructivos 003 y 005; b) los estudios efectuados sobre los resultados y el impacto de la Resolución 2020 de 2009; c) los ingredientes y características del proceso técnico que se haya definido para que al interior del Ministerio de la Protección Social se depure el registro único de bajos ingresos; d) los efectos de la implementación de las resoluciones 991, 1021 y 2361 de 2009; e) las secuelas y efectos adscritas a las diferentes estrategias para la el control de la evasión y la elusión, así como todas las actividades complementarias que se hayan implementado alrededor de las res.990 y la 1155 de 2009.”

Respuesta:

En los siguientes términos se rinde el informe solicitado:

1. AVANCE FRENTE A JUNIO 29 DE 2010 AL CUADRO ANTERIOR

ACTIVIDAD	AVANCE A JUNIO 29 DE 2010
1.1.1 Actualización, cruce y depuración de Base de datos de afiliados del Régimen Subsidiado	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización, cruce y depuración de la Base de datos de afiliados del Régimen Subsidiado, por parte de las entidades territoriales en los meses de mayo y junio de 2010. • A partir del mes de julio de 2010 también realizarán estos procesos las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, tal cual como se realiza en el Régimen Contributivo
1.1.2 Expedición Actos Administrativos que precisen las competencias relacionadas con el Régimen Subsidiado.	<ul style="list-style-type: none"> • Expedición de la Resolución 1982 de 2010 sobre los requerimientos mínimos de información para el cargue adecuado de la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, mecanismo central de operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el país.
1.2.1 Permitir la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable, mediante la implementación de los mecanismos técnicos necesarios para lograr la plena identificación y afiliación inmediata al Sistema de esta población.	<ul style="list-style-type: none"> • Publicación del Listado Nacional de Población Elegible: el cual contiene las personas que están registradas en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales - Sisben-, y que aún no se encuentran afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud. • Decreto 1964 de 2010 mediante el cual se reglamenta el contrato electrónico entre entidades territoriales y EPS del régimen subsidiado. • Resolución 2042 de 2010 que fija los mecanismos y condiciones para consolidar la universalización de la afiliación en salud en el país. • Resolución 2028 de 2010 la cual asigna los recursos para hacer viable financieramente los primeros contratos electrónicos del régimen subsidiado, para el bimestre junio – julio de 2010 en todos los municipios del país. • Resolución 2030 de 2010 que define las características del contrato electrónico para el régimen subsidiado.
1.2.2 Ajustar Actos Administrativos reglamentarios de la afiliación única electrónica, para garantizar la afiliación mediante el operador de información.	<ul style="list-style-type: none"> • Se han venido realizando las gestiones para la reglamentación a través de un proyecto de Resolución, el cual ha sido concertado con todos los actores y se encuentra en trámite de expedición.

<p>2.1.1 Identificación y afiliación al Régimen Contributivo de la población con alguna capacidad de pago, mediante la creación del registro de población de bajos ingresos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expedición del Decreto 2283 de 2010 por la cual se reglamenta el numeral 4 del artículo 38-1 de la Ley 397 de 1997, adicionado por el artículo 2 de la Ley 666 de 2001 y se dictan otras disposiciones
<p>2.1.2 Cruce y depuración del registro único de población de bajos ingresos, con la información reportada por las entidades de carácter público y privado en cumplimiento de los requerimientos realizados por el Minsiterio de la Protección Social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se previó con la expedición del Decreto 131 de 2010 por medio del cual se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen otros aspectos del aseguramiento del plan obligatorio de salud y se dictan otras disposiciones, en el marco de la emergencia social, en especial en los captítulos quinto y séptimo
<p>3.1.1 Expedir actos administrativos que viabilicen el control y la correcta utilización de los recursos del Sistema y efectuar el seguimiento correspondientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expedición del Decreto 1965 de 2010 que establece las características y condiciones de funcionamiento del flujo de recursos dentro del régimen subsidiado.
<p>3.1.2 Adecuada aplicación y registro en cuenta maestra de recursos destinados por ley (1122 de 2007 y 1151 de 2007) a Régimen Subsidiado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expedición de la Resolución 1805 de 2010 por la cual se modifica la Resolución 3042 de 2007, modificada por la Resolución 4204 de 2008 y Resolución 991 de 2009 y se dictan otras disposiciones. En la cual se verifica que la entidad territorial gire los recursos y realice la correcta aplicación de los mismos.
<p>3.2.1 Implementar los mecanismos que permitan realizar el recaudo de aportes de la población que cuente con alguna capacidad de pago y que ya se encuentre afiliada al Régimen Subsidiado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expedición del Decreto 2283 de 2010 por la cual se reglamenta el numeral 4 del artículo 38-1 de la Ley 397 de 1997, adicionado por el artículo 2 de la Ley 666 de 2001 y se dictan otras disposiciones

A raíz de la entrada en vigencia de la emergencia social, las acciones encaminadas a la viabilización de la universalización no son rigurosamente las señaladas en el cronograma entregado el pasado 10 de julio de 2009. No obstante los favorables resultados que se han obtenido con los refuerzos normativos acompañados de la transformación de recursos, y los mecanismos para consolidar la universalización, demuestran el dinamismo del Sistema y la necesidad de crear reglas que puedan ajustarse a la situación cambiante y posibiliten el fin del sistema como es el de garantizar la prestación del servicio en salud para sus afiliados y beneficiarios.

Como prueba de lo expuesto, se presentan a continuación las cifras de los departamentos en materia de universalización. De un total de 32 departamentos y Bogotá D.C. , solamente tres departamentos están en cobertura inferior al 90%: Risaralda (65.97%) , Tolima (88.53%) y Caquetá



Libertad y Orden

(88.58%). En contraste, las restantes treinta entidades territoriales se encuentran en cobertura superior, que fluctúa entre 93.26% y 100%. A continuación se presenta un cuadro que contiene el detalle la situación expuesta. La información del cuadro proviene de los archivos del Viceministerio de Salud y Bienestar, Dirección General de Gestión a la Demanda en Salud, Grupo de Administración de Subsidios a la Demanda en Salud, Déficit de Cobertura Régimen Subsidiado a Marzo de 2010, SISBEN Base de Datos Certificada DNP Noviembre de 2009- Dirección de Planeación MPS, Poblacion presentada a compensar (Contributivo) Febrero de 2010- Dirección de Planeación MPS, Poblacion indigena- Pagina WEB DANE - Marzo 24 de 2010, y Cupos contratados al Régimen Subsidiado - Consorcio Fidufosyga Corte Marzo 31 de 2010. Esta información se publica además en la página web del régimen subsidiado, del Ministerio de la Protección Social.

- C. **“Tercero: Requerir** al Ministerio de la Protección Social para que en término de diez (10), relacione las medidas normativas y materiales, así como las variables adoptadas para mediar la efectividad de las mismas, para mitigar los efectos de la movilidad entre municipios o la territorialidad del aseguramiento, para registrar los nacimientos y las defunciones, así como las demás estrategias que se hubieren adoptado para permitir el aseguramiento real de todos los colombianos.”

Respuesta:

A continuación presento las variables adoptadas para mitigar los efectos de las siguientes situaciones:

1. En cuanto a mitigar los efectos de la movilidad entre municipios o la territorialidad del aseguramiento y registrar los nacimientos y las defunciones:

En este aspecto, el Acuerdo 415 de 2009 introdujo cambios favorables como son el nuevo procedimiento establecido en los artículos 40, 41 y 43. Normas a través de las cuales se busca la continuidad en el aseguramiento y en la prestación de los servicios de salud. En cuanto al recién nacido, también se incluyen disposiciones de afiliación de los niños recién nacidos, con padres afiliados o no afiliados, en los artículos 23 y 24 del mencionado Acuerdo.

2. Estrategias que se hubieren adoptado para permitir el aseguramiento real de todos los colombianos.

A lo largo del último trimestre, el Gobierno Nacional expidió un conjunto integral de medidas que buscan garantizar un funcionamiento ágil, eficiente y transparente del régimen subsidiado colombiano, que cubre a más de 20 millones de ciudadanos.

Las siete medidas expedidas se complementan entre sí y hacen parte de una estrategia de cambio en la operación del régimen subsidiado. Las medidas son las siguientes:

- Decreto 1964 de 2010 mediante el cual se reglamenta el contrato electrónico entre entidades territoriales y EPS del régimen subsidiado.
- Decreto 1965 de 2010 que establece las características y condiciones de funcionamiento del flujo de recursos dentro del régimen subsidiado.
- Resolución 1982 de 2010 sobre los requerimientos mínimos de información para el cargue adecuado de la Base de Datos Única de Afiliados – BDU, mecanismo central de operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el país.
- Resolución 2028 de 2010 la cual asigna los recursos para hacer viable financieramente los primeros contratos electrónicos del régimen subsidiado, para el bimestre junio – julio de 2010 en todos los municipios del país.



Libertad y Orden

- Resolución 2030 de 2010 que define las características del contrato electrónico para el régimen subsidiado.
- Publicación del Listado Nacional de Población Elegible: el cual contiene las personas que están registradas en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales -Sisben-, y que aún no se encuentran afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 2042 de 2010 que fija los mecanismos y condiciones para consolidar la universalización de la afiliación en salud en el país.

Decreto 1964 de 2010

A partir de la fecha, los contratos entre las entidades territoriales y las EPS del régimen subsidiado que operan en todo el país, se realizarán de forma electrónica, facilitando con ello, trámites y procedimientos, y mejorando la gestión.

Este decreto señala que cada entidad territorial firmará un único contrato con todas las EPS que operan en el municipio. Las entidades territoriales que aún no tienen firma digital, necesaria para la realización del contrato electrónico, tienen un plazo de 30 días para establecerla. La reglamentación de este decreto está contenida en la Resolución 2030 del 1 de junio de 2010.

La contratación electrónica, única por entidad territorial, con base en el número real de afiliados, debidamente registrados en la Base de Datos Única de Afiliados BDU, tiene enormes ventajas para la universalización de la afiliación en salud y la eficiencia de la gestión administrativa y financiera del régimen subsidiado. Contribuye a la universalización en la medida en que el funcionamiento de la operación se hace contra la información registrada en la BDU. Al eliminarse los cupos, se liberan recursos que en el pasado quedaban sin ser utilizados en los diferentes municipios. Los recursos pasan ahora a una sola bolsa que permite a las entidades territoriales manejar de manera más eficiente y transparente la asignación de recursos y afiliados cuando hay retiros de EPS en cada uno de los municipios.

De otra parte, se facilita la administración del régimen subsidiado y se disminuyen los costos de transacción en todas las entidades territoriales, al pasar de administrar 19.939 contratos que se firmaron durante 2009 en todo el país, a administrar sólo 1.102 contratos a partir de junio de 2010, uno por municipio.

Decreto 1965 de 2010

Define los nuevos mecanismos para el flujo ágil, transparente y efectivo de los recursos del régimen subsidiado y establece medidas de control a los actores que intervienen en el proceso.

De ahora en adelante, las entidades territoriales, conservando su función de administración y ordenador de los recursos del régimen subsidiado, elaborarán y suscribirán, de forma electrónica, la **Declaratoria de Giro de Aceptación de Saldo - DGAS**, la cual que debe tener como mínimo:

- Contenidos de la Base de Datos Única de Afiliados BDU en cada jurisdicción
- Las EPS en las que se encuentran cada uno de los afiliados registrados y validados



Libertad y Orden

- El valor de la UPC correspondiente a cada afiliado
- Las fuentes que financian y cofinancian el régimen subsidiado
- Los beneficiarios que la EPS reporta para el giro

Este formato electrónico será remitido al FOSYGA para que sea verificado contra la información de la BDUa y las fuentes de financiación y cofinanciación. Si la información no coincide se harán las glosas correspondientes y el giro se hará sobre lo validado.

Este mecanismo permite, en el caso de la universalización, que el FOSYGA pueda cumplir con la función de cierre de giro, que significa que una vez validadas las fuentes de financiación locales que son esfuerzo propio y sistema general de participaciones, si llegasen a faltar recursos, el FOSYGA los aporta con miras a alcanzar la universalización de la afiliación.

Una vez este validado el giro, la cuenta maestra del Fondo Local de Salud de cada entidad territorial, gira los valores respectivos a las EPS y las IPS de cada municipio. De esta manera, tanto EPS como IPS reciben al mismo tiempo los recursos que les corresponden, terminando con ello, históricas demoras en los pagos a estas entidades.

Las entidades territoriales podrán contar con los servicios técnicos para la consolidación de la información necesaria para la DGAS, a través de los operadores de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA. Estos servicios se cofinanciarán con cargo a recursos de las interventorías y a los gastos administrativos de las EPS, establecidos en la legislación vigente.

El Decreto 1965 también define medidas de control, en caso de que las EPS no entreguen la información correspondiente.

Resolución 1982 de 2010

Se refiere a los requerimientos mínimos de información para la correcta, oportuna y completa identificación de los afiliados y su registro en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUa, mecanismo central de operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Resolución busca estandarizar la información de los afiliados, incluyendo la de los afiliados a los regímenes especiales, medicina prepagada y planes adicionales de salud, con el fin de tener información consolidada de la población cubierta por los diferentes regímenes, controlar la multifiliación, definir políticas de cobertura, hacer seguimiento a los traslados entre administradoras y regímenes y optimizar el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en el país.

La Resolución establece las reglas generales y los calendarios para la entrega de la información en archivos maestros de ingreso y novedades en la afiliación por parte de las EPS, tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Si hubiese incumplimiento de los plazos previstos en la Resolución para la entrega de información, el Ministerio reportará a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Procuraduría y a las Contralorías General y territoriales.



Libertad y Orden

La Resolución enfatiza en que la responsabilidad de la calidad, veracidad y consistencia de la información es de todos los actores del sistema que son fuente de información: entidades territoriales (distritos, departamentos y municipios), EPS de los dos regímenes, entidades obligadas a compensar, entidades de medicina prepagada. Le corresponde al administrador fiduciario del FOSYGA hacer los cruces de información, validarla y devolverla cuando no pueda ser validada para hacer los ajustes correspondientes.

La Resolución establece los mecanismos de reserva de información de la BDUA y de uso exclusivo de la misma para los requerimientos de funcionamiento del Sistema.

Resolución 2028 de 2010

Asigna los recursos para hacer viable financieramente los primeros contratos electrónicos del régimen subsidiado, para el bimestre junio – julio de 2010 en todos los municipios del país.

Se asignaron recursos sólo por dos meses con el propósito de realizar los ajustes que la contratación electrónica conlleva y porque el Ministerio de la Protección Social se encuentra evaluando la información enviada por todos los municipios del país, relacionada con problemáticas de los recursos del esfuerzo propio.

En el caso de los Distritos de Barranquilla y Cartagena, se asignaron los recursos que, de acuerdo con las propuestas financieras de unificación validadas por el gobierno nacional, garantizan la prestación del POS del régimen contributivo a la población del régimen subsidiado, hasta diciembre de 2010.

Resolución 2030 de 2010

Establece las características de las cláusulas del contrato electrónico entre la entidad territorial y todas las EPS de cada municipio. La resolución contiene un anexo técnico con las treinta cláusulas y los formatos electrónicos que permiten sistematizar la información de la entidad territorial, los afiliados de cada EPS y las fuentes de financiación para el régimen subsidiado.

Publicación del Listado Nacional de Población Elegible

Este listado corresponde a las personas que están registradas en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales -SISBEN, y que aún no se encuentran afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Las entidades territoriales, las EPS y las IPS del régimen subsidiado pueden consultar los listados y proceder a realizar las respectivas validaciones y afiliaciones, de manera que ningún colombiano identificado, esté por fuera del Sistema de Seguridad Social en Salud. El listado consolidado tiene 3.293.179 personas, distribuidas así:

- 1.848.396 del Sisben I
- 888.931 del Sisben II
- 555.852 del Sisben III

Los listados están disponibles en 33 archivos, uno por departamento. Cada entidad territorial puede acceder al listado con el código asignado por el Ministerio de la Protección Social para el propósito.

Resolución 2042 de 2010

Fija los mecanismos y condiciones para consolidar la universalización de la afiliación en salud en el país, de las personas de nivel I, II y III del Sisben y de los listados censales de otras poblaciones que han sido identificadas mediante instrumentos diferentes a la encuesta Sisben.

Es importante aclarar que en el país la operación del régimen subsidiado se soporta en tres bases de datos:

- **La Base de Datos Única de Afiliados BDUA**, que incluye toda la población del país afiliada al Sistema General de Seguridad Social –SGSS, mediante el régimen contributivo, el régimen subsidiado o cualquiera de los regímenes especiales.
- **La base de datos del Listado Nacional de Población Elegible** que contiene las personas identificadas por el SISBEN y quienes aún no se han afiliado al SGSSS y deben hacerlo en los próximos meses con el fin de alcanzar la cobertura universal, mediante los mecanismos previstos en la resolución 2042.
- **Los listados censales municipales realizados por las entidades territoriales** que contienen los grupos de población que han sido identificados con instrumentos diferentes a la encuesta Sisben, tales como población infantil a cargo del ICBF, población en condiciones de desplazamiento forzado, comunidades indígenas, población desmovilizada, población abandonada, población ROM, población rural migratoria y personas incluidas en el programa de protección a testigos. Estas personas también deben surtir el correspondiente proceso de afiliación con el fin de alcanzar la universalización de la afiliación

La consolidación de la universalización de la afiliación está prevista en la Resolución 2042 en tres etapas: asignación directa de usuarios a las EPS, afiliación transitoria durante seis meses, y afiliación definitiva de quienes se afiliaron transitoriamente, como ya se había indicado inicialmente.

El Ministerio de la Protección Social y las EPS gestionarán la afiliación de la población que se encuentra en el Listado Nacional de Población Elegible, y las autoridades locales, con incidencia en las distintas poblaciones de los listados censales municipales, son responsables de gestionar la afiliación de estos grupos al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Atentamente,

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social