

ISSN 2590-7530
(En Línea)



BOLETÍN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

Boletín No. 01 - Primer Trimestre 2017

**Dirección de Regulación de la Operación del
Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y
Pensiones**

ISSN 2590-7530

Usted puede descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MPSP a través de su portal web www.minsalud.gov.co

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

JOSÉ LUIS ORTIZ HOYOS
Director de Regulación de la Operación
del Aseguramiento en Salud,
Riesgos Laborales y Pensiones

Boletín del aseguramiento en salud

Autores:

**Dirección de Regulación de la
Operación del Aseguramiento
en Salud, Riesgos Laborales y
Pensiones**

TABLA DE CONTENIDO

Presentación	6
1. Avances del aseguramiento en salud	7
1.1. Cobertura, acceso y gasto	8
1.2. Panorama de la afiliación al SGSSS entre 2010 y 2016	14
2. Cifras coyunturales del aseguramiento en salud primer trimestre de 2017	17
2.1. Cobertura del sistema de salud.....	17
2.2. Cobertura del sistema de salud por regímenes.....	18
2.3. Solicitudes de traslados de afiliados	18
2.4. Respuestas a las solicitudes de traslados.....	20
2.5. Traslados aprobados.....	22
2.6. Solicitudes de movilidad.....	22

Presentación

La Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones del Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, presenta el Boletín del Aseguramiento en Salud No. 1, el cual se publicará trimestralmente, con el propósito dar a conocer la evolución del aseguramiento en salud en Colombia.

El boletín está estructurado en dos secciones, la primera sección presenta los avances del aseguramiento en salud en Colombia y la segunda sección presentan las cifras coyunturales en cuanto a afiliación, traslado y movilidad.

Con este boletín se espera lograr difundir las principales cifras del aseguramiento en salud en Colombia, así como generar interés en el tema entre los distintos agentes que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, los investigadores y los ciudadanos.

Este primer boletín está compuesto por dos secciones. En la primera sección se presenta un breve contexto del aseguramiento en salud en Colombia y se exponen su comportamiento en cuanto a cobertura, acceso a los servicios de salud y gasto en salud de las personas. En esa sección también se presenta el panorama de la afiliación al sistema de salud entre los años 2010 y 2016. Finalmente, en la segunda sección presentan las cifras coyunturales de afiliación, traslado y movilidad para el primer trimestre de 2017.

Este Boletín estará disponible para su descarga en la página web del Ministerio

de Salud y Protección Social en la ruta <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimensubsubdiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsubdiado.aspx>.

1. Avances del aseguramiento en salud

El aseguramiento en salud es una estrategia de política pública diseñada para lograr el acceso oportuno, efectivo y equitativo de la población a los servicios de salud para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Según la Organización Mundial de la Salud – OMS¹, el aseguramiento en salud se da en tres dimensiones: la población cubierta por un seguro de salud, la cantidad y calidad de los servicios médicos cubiertos y la mitigación del gasto potencialmente catastrófico² en salud de un hogar o persona.

En Colombia, la afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud – SGSSS es el mecanismo principal a través del cual a una persona se le garantiza el aseguramiento en salud y por ello la importancia de revisar su comportamiento y los retos que existen en esta materia.

La afiliación al SGSSS está a cargo de las Entidades Promotoras de Salud – EPS y cada persona puede elegir libremente la EPS a la cual desea afiliarse. La función

de la EPS es gestionar el riesgo en salud, garantizando a cada afiliado el acceso a los procedimientos y medicamentos establecidos en el plan de beneficios y, en contraprestación, la EPS recibe un pago por cada afiliado que se conoce la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

En cuanto a los tipos de afiliación al SGSSS, existen dos, el de las personas con capacidad de pago, que están afiliadas al régimen contributivo, y el de las personas sin capacidad de pago o con particular prioridad para el gobierno³, que estarán afiliadas al régimen subsidiado. Adicional a la afiliación al SGSSS, existe población que tiene cobertura de salud y que hacen parte del régimen de excepción y especial⁴.

Realizado este breve contexto, en esta sección se presenta en primer lugar un análisis sobre el comportamiento del aseguramiento en salud en las dimensiones de cobertura, acceso y gasto tomando. Para este análisis se utilizó principalmente la Encuesta de Calidad de Vida – ECV del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE⁵. En segundo lugar se describe el

realizar comparaciones de las condiciones socioeconómicas de los hogares colombianos, las cuales posibilitan hacer seguimiento a las variables necesarias para el diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas en distintos campos. Respecto al capítulo de salud, la ECV busca obtener información sobre el acceso de la población al SGSSS y su cobertura por regímenes, el uso de los servicios de medicina general, medicina especializada y urgencias y la percepción de la calidad de estos servicios. Adicionalmente se indaga sobre la percepción del estado de salud que tienen las personas del hogar. La ECV se realiza a nivel nacional con representatividad nacional y para 9 regiones, además se realiza con una periodicidad anual.

¹ Health System Financing, WHO Report, 2010. Disponible en:

<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>

² World Health Report 2000. . Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf

³ Como por ejemplo la población en condición de desplazamiento, comunidades indígenas, desmovilizada del conflicto, población infantil abandonada a cargo del ICBF, personas mayores en centros de protección, y ROM, entre otras

⁴ Hacen parte de este régimen los miembros de las fuerzas militares y de policía, profesores pertenecientes al magisterio, afiliados al sistema de salud de las universidades y los servidores públicos de Ecopetrol.

⁵ La Encuesta Calidad de Vida – ECV tiene como objetivo obtener información que permita analizar y

comportamiento reciente de la afiliación al SGSSS tomando la información disponible en la Base de Datos Única de Afiliados⁶.

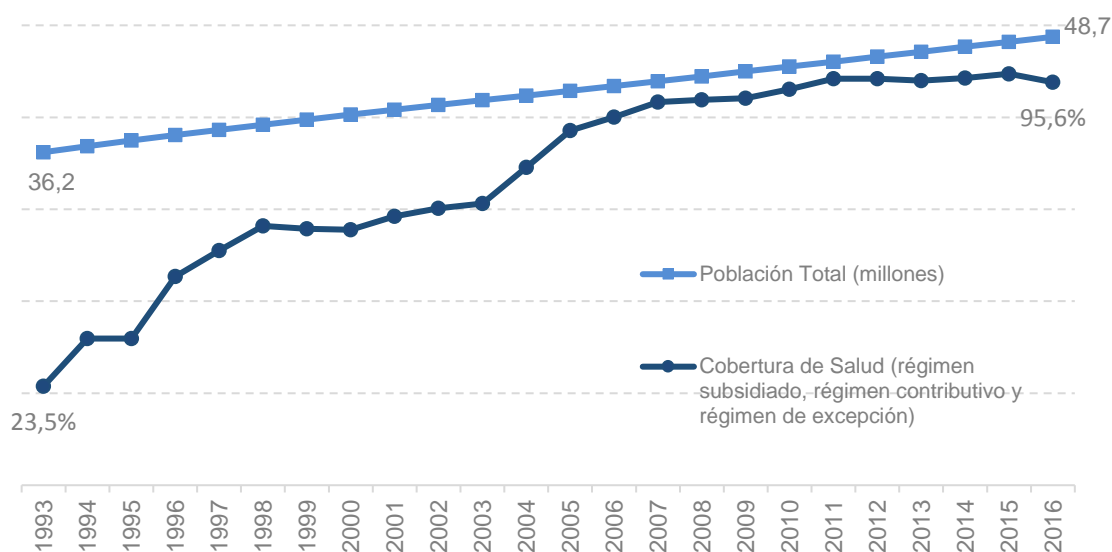
1.1. Cobertura, acceso y gasto

Uno de los grandes retos del aseguramiento en salud era la baja cobertura⁷ que presentaba el país, pues en 1993, año en que se expidió la Ley 100, la cobertura alcanzaba el 23,5%.

Pasados 23 años, la cobertura aumentó un 72,1%, lo que representó que en 2016 el 95,6%⁸ de la población pudiera acceder al sistema de salud colombiano (Gráfica 1).

Pero el aumento en la cobertura no sólo buscaba que más gente accediera al sistema de salud, también se buscaba que el acceso fuera equitativo, y en este aspecto el aseguramiento en salud ha mostrado avances. Según la ECV⁹ de

Gráfica 1.
Cobertura de salud entre 1993 y 2016



Fuente: Cálculos MSPS con base en información del Dane y del Fosyga

⁶ Esta base de datos es un registro administrativo en el que se reposa la información básica de todas las personas afiliadas al SGSSS y que sirve de base para calcular, entre otros elementos, la cobertura de afiliación y la UPC que recibe las EPS por cada afiliado.

⁷ Entiéndase por cobertura las personas afiliadas al régimen subsidiado, régimen contributivo y régimen de excepción con respecto a la población total proyectada por el DANE.

⁸ Para el final del año 2016 se evidencia una disminución de la cobertura en cerca de 2% respecto al 2015, esto originado principalmente a razones como; a) la depuración de registros de la Base Única de Afiliados – BDUA, a partir de la información disponible en el Ministerio de la Registraduría Nacional del Estado Civil – RNEC, b) ajuste en los datos correspondientes a la

población afiliada a los regímenes exceptuados o especial, y c) por la dinámica propia del aseguramiento a partir de las condiciones de capacidad de pago de la población y de cumplir con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.

⁹ Se destaca que la diferencia entre la cobertura de aseguramiento en salud de la ECV y el de los datos administrativos se ha reducido debido a la depuración de la BDUA, pues en 2014 la ECV estimaba un porcentaje de afiliación al SGSSS del 94,6% y los datos administrativos indicaban un porcentaje de afiliación al SGSSS del 97,6%. En 2016, la diferencia se redujo, pues la ECV de 2016 estimaba un porcentaje de afiliación al SGSSS del 95,4%, dato levemente inferior al observado en los datos administrativos del 95,6%.

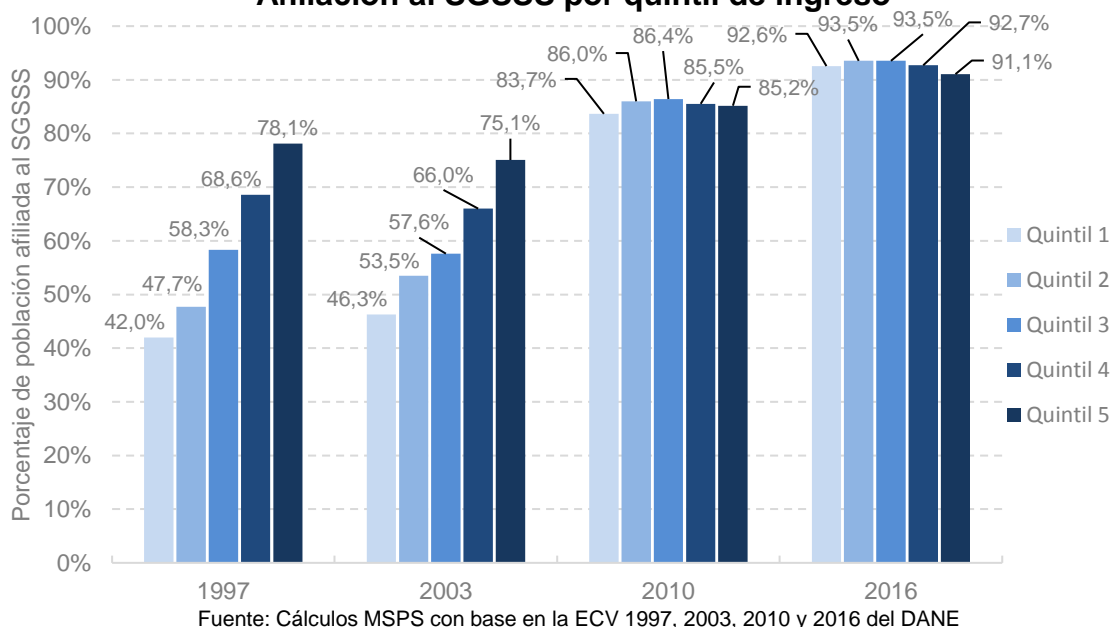
1997, el 78% de la población del quintil superior de ingresos (20% de la población con mayores ingresos) estaba afiliada al SGSSS¹⁰, mientras que sólo el 42% de la población del quintil inferior de ingresos (20% de la población con menores ingresos) estaba afiliada al SGSSS (Gráfica 2). Sin embargo, entre 1997 y 2016, las brechas de cobertura entre la población con distintos niveles de ingreso se fueron reduciendo, lo que representó que en 2016 el 92,6% de la población con menores ingresos y el 91,1% de la población con mayores ingresos estuvieran afiliadas al SGSSS.

Este aumento en la equidad de la cobertura, respecto al ingreso de las personas, ha significado que cada vez menos personas no puedan acceder al sistema de salud por falta de dinero. Por

ejemplo, en 1997, de las personas que manifestaron haber estado enfermas, el 42,3% no asistieron a un servicio médico por falta de dinero, en 2016 el porcentaje se redujo a 6,7% (Gráfica 3). Esta reducción se asocia con el aumento en la el porcentaje de personas afiliadas al SGSSS (régimen contributivo y régimen subsidiado sin incluir los regímenes especiales y excepción), la cual pasó de un 47,8% en 1997 a un 92,6% en 2016.

Por otra parte, la inequidad en la cobertura no se presentaba sólo en el ingreso, también existía una gran diferencia en la cobertura entre zonas geográficas. La afiliación al SGSSS en las áreas rurales alcanzaba un 38,8% en 1997, frente al 51,7% en las cabeceras municipales (Gráfica 4). En la medida que aumentó la cobertura se logró disminuir

Gráfica 2.
Afiliación al SGSSS por quintil de ingreso

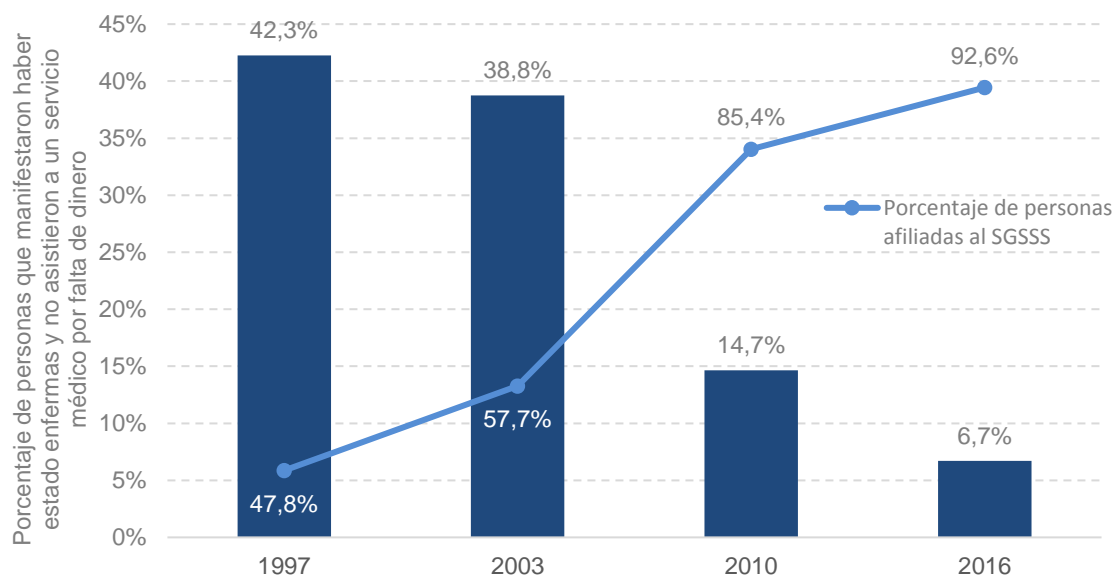


Esto demuestra la consistencia cada vez mayor entre los datos administrativos y las encuestas.

¹⁰ Entiéndase por personas afiliadas al SGSSS, las personas afiliadas al régimen subsidiado y régimen contributivo. La información sobre número de personas,

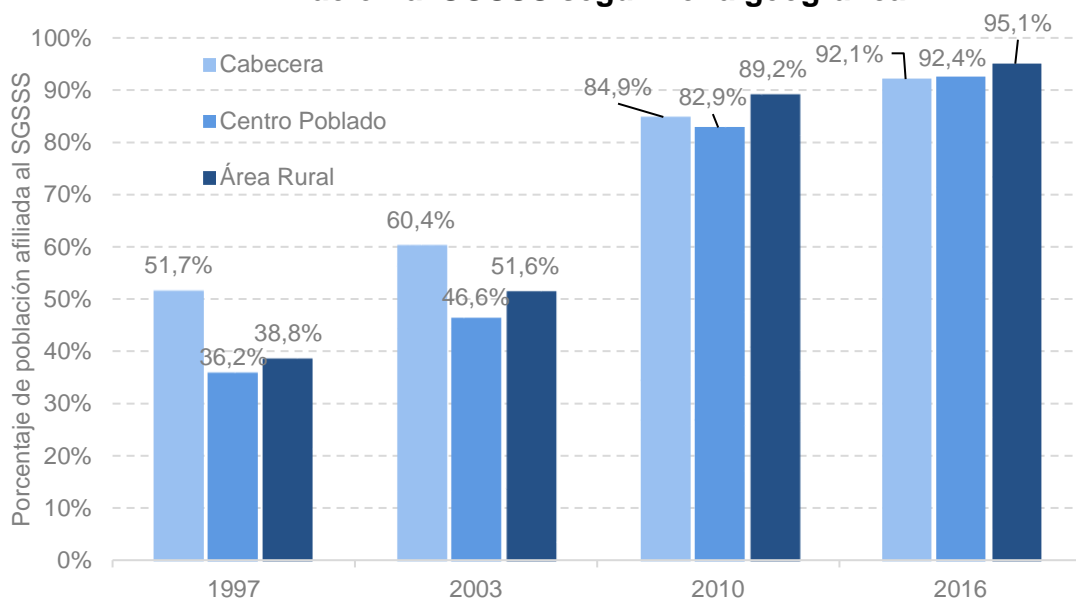
porcentaje y régimen de afiliación al SGSSS está disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimen-subsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

Gráfica 3.
No asistencia al servicio médico por falta de dinero



Fuente: Cálculos MSPS con base en la ECV 1997, 2003, 2010 y 2016 del DANE

Gráfica 4.
Afiliación al SGSSS según zona geográfica



Fuente: Cálculos MSPS con base en la ECV 1997, 2003, 2010 y 2016 del DANE

esta brecha y en 2016 la afiliación al SGSSS en cabeceras municipales y áreas rurales fue de 92,1% y 95,1%, respectivamente.

Otro reto del aseguramiento en salud consiste en mejorar el acceso a los

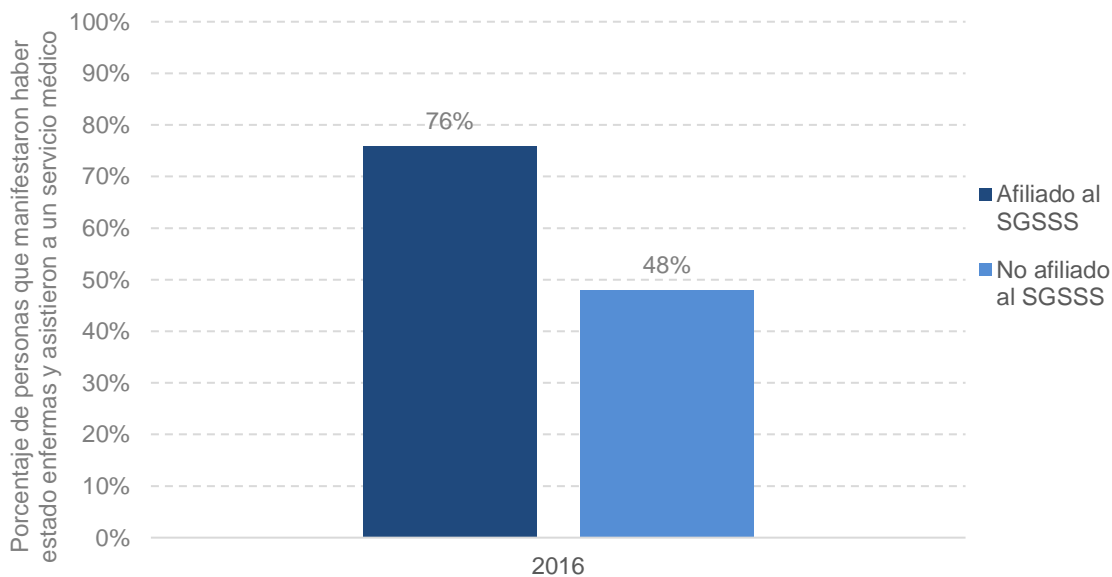
servicios de salud y al mismo tiempo reducir el esfuerzo financiero por parte de las familias para cubrir sus gastos médicos. La evidencia disponible a nivel mundial ha demostrado que en efecto la población que no cuenta con cobertura

utiliza menos los servicios médicos que la población que sí la tiene¹¹. En Colombia ha sucedido lo mismo, por ejemplo, en 2016 el 76% de las personas afiliadas al SGSSS asistieron al servicio médico cuando estaban enfermas, mientras que, entre las personas no afiliadas al SGSSS, sólo el 48% asistieron al servicio médico cuando estaban enfermas (Gráfica 5). Sin embargo, la mayor asistencia de los afiliados al SGSSS a servicios médicos no sólo se debe a su condición de afiliados, sino también a que tienen cada vez mayor cobertura de servicios tales como especialistas, pruebas de laboratorio o medicamentos, lo cual se refleja en la disminución de 4,3%, entre 1997 y 2016, en el porcentaje de personas afiliadas al SGSSS que estaban enfermas, asistieron al servicio médico y no les resolvieron su problema de salud (Gráfica 6).

De igual forma, el SGSSS entrega cada vez más la totalidad de los medicamentos que les son formulados a los afiliados aunque en este aspecto persisten brechas importantes. Esto se observa en el aumento del 12,4%, entre 1997 y 2016, del porcentaje de personas afiliadas al SGSSS que manifestaron que los medicamentos formulados le fueron entregados por parte del SGSSS (Gráfica 7).

Uno de los mayores avances del aseguramiento en salud en Colombia ha sido la reducción del gasto de bolsillo en salud y la mitigación del gasto potencialmente catastrófico. Entre 1997 y 2016 se redujo un 37% el porcentaje de personas que cubrían con sus propios recursos (seguro privado, préstamos o recursos familiares) la totalidad de los

Gráfica 5.
Utilización de servicios médicos

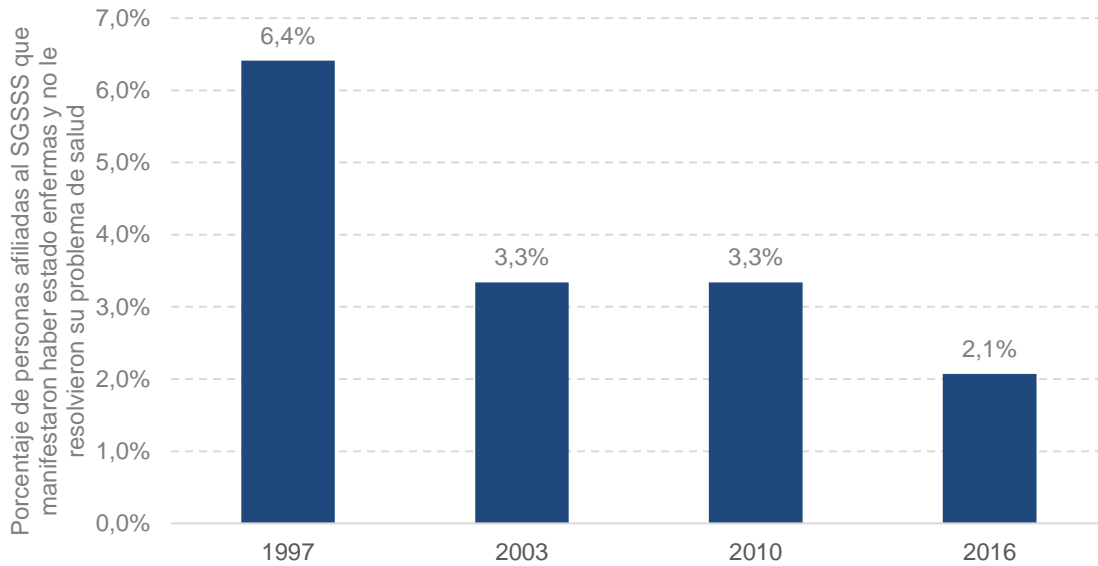


Fuente: Cálculos MSPS con base en la ECV 2016 del DANE

¹¹ Ruiz F, Amaya L, Venegas S. Progressive segmented health insurance: Colombian health reform and access to health services. *Health Economics* 2007;16(1):3-18.;

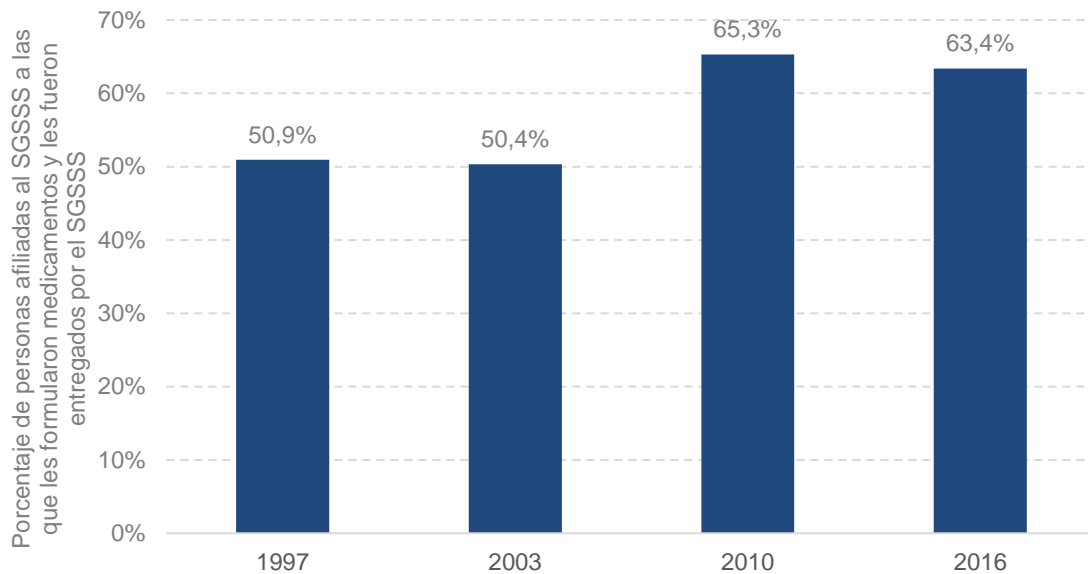
Rodríguez-Monguió R, Infante A. Universal health care for Colombians 10 years after Law100: challenges and opportunities. *Health Policy* 2004; 68:129-42.

Gráfica 6.
Problemas de salud no resueltos a afiliados al SGSSS



Fuente: Cálculos MSPS con base en la ECV 1997, 2003, 2010 y 2016 del DANE

Gráfica 7.
Medicamentos entregados por parte del SGSSS



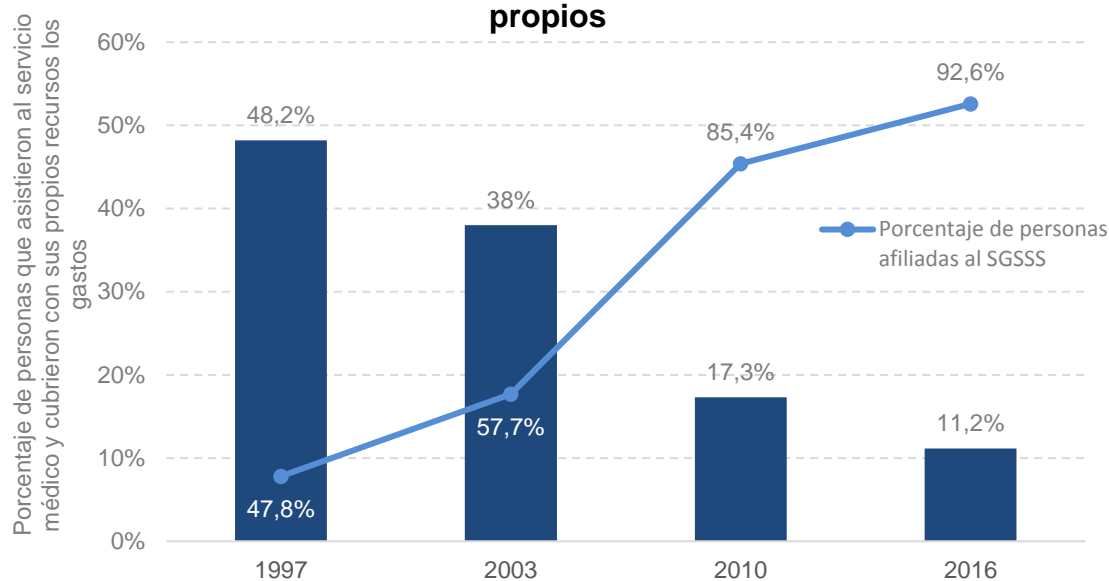
Fuente: Cálculos MSPS con base en la ECV 1997, 2003, 2010 y 2016 del DANE

servicios médicos (incluidos exámenes y medicamentos) (Gráfica 8).

Por otra parte, la mitigación del gasto potencialmente catastrófico se evidencia en la disminución del 40,6% en el porcentaje de personas que estuvieron

hospitalizadas y cubrieron con sus propios recursos la totalidad de los servicios de hospitalización (incluido el servicio médico, exámenes y medicamentos). En 2016 el 8,1% de las personas que estuvieron hospitalizadas pagaron este servicio con sus propios

Gráfica 8.
Proporción de servicios médicos cubiertos con recursos propios



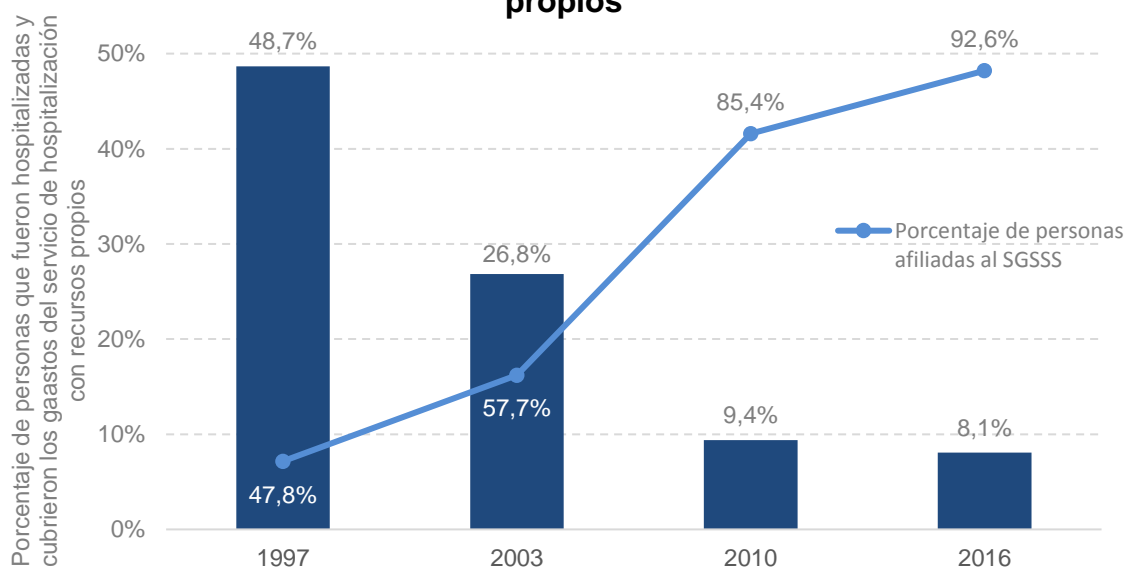
Fuente: Cálculos MSPS con base en la ECV 1997, 2003, 2010 y 2016 del DANE

recursos, mientras que en 1997 lo hicieron el 48,7% (Gráfica 9).

En conclusión, el aseguramiento en salud en Colombia ha mostrado avances en las tres dimensiones del aseguramiento. Se aumentó la cobertura, que en 2016 alcanzó el 95,6%. Permitió un mayor

acceso a los servicios médicos, redujo las barreras de acceso al sistema de salud, como la falta de dinero. Disminuyó el gasto de bolsillo en salud de las personas y ha contribuido a mitigar el gasto potencialmente catastrófico de las familias. Adicionalmente, el

Gráfica 9.
Proporción de hospitalizaciones cubiertas con recursos propios



Fuente: Cálculos MSPS con base en la ECV 1997, 2003, 2010 y 2016 del DANE

aseguramiento en salud ha estado orientado a lograr una cobertura equitativa entre áreas geográficas y entre niveles de ingreso. Sin embargo, esto no significa que los desafíos en términos de calidad y oportunidad de la atención estén superados, en este aspecto el SGSSS enfrenta retos estructurales que no solo dependen de la dinámica del aseguramiento sino del comportamiento de la oferta de servicios, la formación del talento humano, entre otros factores.

1.2. Panorama de la afiliación al SGSSS entre 2010 y 2016

En esta sección se presenta el comportamiento reciente de la afiliación al SGSSS en el país, para el periodo 2010 a 2016. Se describe el comportamiento del número de afiliados a nivel nacional y departamental, así como del régimen al que pertenecen.

La tabla 1 muestra el número de personas afiliadas en cada uno de los regímenes. En general se aprecia que desde 2010 a 2016 la cobertura nacional se incrementó

en 1,7%, al pasar de un 93,9% a un 95,6% de la población¹². Lo anterior implicó pasar de una afiliación total de 42,7 millones de personas en 2010 a 46.6 millones en 2016, es decir que cerca de 3.9 millones de colombianos fueron afiliados al régimen contributivo, subsidiado y de excepción entre estos años.

Para el caso del régimen contributivo la población afiliada pasó de 18,7 millones en 2010 a 22,1 millones en 2016, lo cual significa que 3,4 millones de personas adicionales fueron afiliadas a este régimen, lo que equivale a un crecimiento de 19%. En el régimen subsidiado aumentó en 506 mil personas el número de afiliados, con un crecimiento de 2%. Así, de los 3,9 millones de nuevos afiliados al SGSSS entre 2010 y 2016, el 87% ingresó al régimen contributivo y el 13% al régimen subsidiado.

Se destaca que para 2016 la población sin cobertura corresponde a un 4,4% de la población del país, es decir, cerca de 2,1 millones de personas. No obstante la buena dinámica de afiliación de estos

Tabla 1. Evolución Cobertura Afiliados Régimen Subsidiado, Contributivo y Excepción 2010 – 2016

Concepto	Dic. 2010	Dic. 2011	Dic. 2012	Dic. 2013	Dic. 2014	Dic. 2015	Dic. 2016
A. Régimen Contributivo	18.723.118	19.756.257	19.957.739	20.150.266	20.760.123	21.453.376	22.199.204
B. Régimen Subsidiado	21.665.210	22.295.165	22.605.295	22.669.543	22.882.669	23.179.801	22.171.463
C. Otros regímenes (exceptuados)	2.347.426	2.347.426	2.347.426	2.402.307	2.402.307	2.402.307	2.260.693
D. Población cubierta (= A+B+C)	42.735.754	44.398.848	44.910.460	45.222.116	46.045.099	47.035.484	46.631.360
E. Población DANE	45.509.584	46.044.601	46.581.823	47.121.089	47.661.787	48.203.405	48.747.708
F. Cobertura (D/E)	93,9%	96,4%	96,4%	96,0%	96,6%	97,6%	95,6%

Fuente: MSPS-BDUA SISPRO, 2016

¹² La población de referencia, corresponde a la población total del país estimada por el DANE.

años, lograr afiliar a estas personas es uno de los retos del aseguramiento, toda vez que se hace más difícil localizar a los no afiliados. Adicionalmente, urge actualizar los datos poblacionales estimados por el DANE, que ya llevan 12 años de antigüedad, y por razones normales de las proyecciones, con el paso de los años estas son cada vez menos precisas.

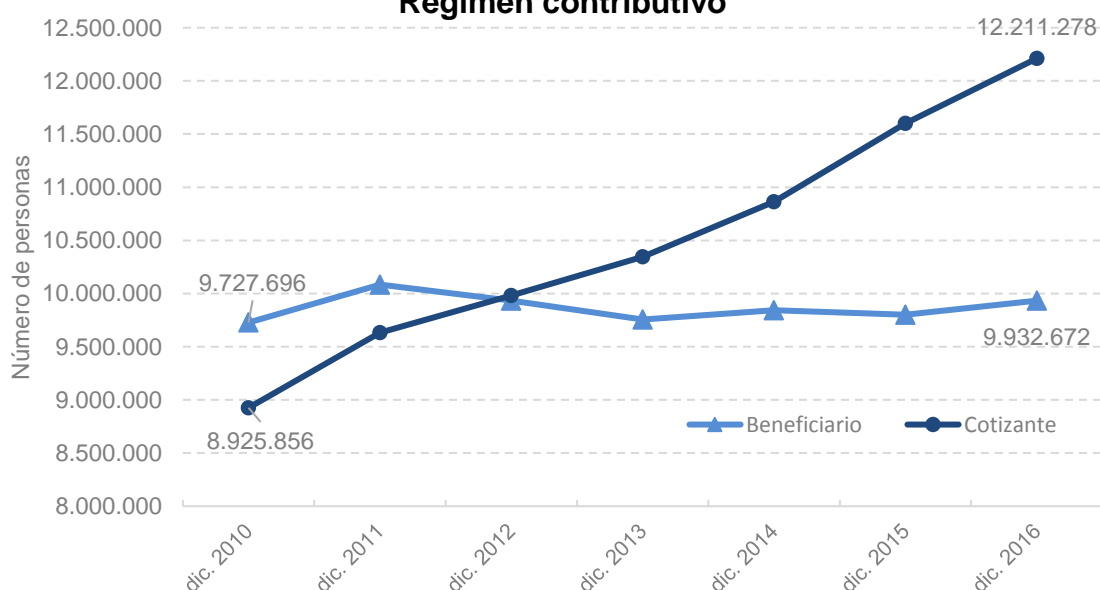
En cuanto a la dinámica de la población cotizante, se observa un crecimiento entre diciembre de 2010 y diciembre de 2016 cercano al 36,8%, al pasar de 8,9 millones a 12,2 millones de personas (Gráfica 10). Por otra parte, se observa que la población beneficiaria ha permanecido estable alrededor de los 9,7 millones de personas. Lo anterior es importante para el sistema en términos de financiación del mismo, así mismo, el aumento en el número de personas cotizantes demuestra el buen comportamiento del

mercado de trabajo que ha continuado generando empleo formal.

La distribución de la afiliación al SGSSS en 2016 por departamentos muestra que, dadas las altas coberturas nacionales, la distribución de la afiliación al SGSSS sigue la misma estructura poblacional del país, es decir, los departamentos más poblados son los que tienen el mayor número de afiliados al SGSSS (Gráfica 11). Los 6 departamentos que acumularon el 60% de las personas afiliadas al SGSSS fueron: Bogotá, Antioquía, Valle, Atlántico, Cundinamarca, Bolívar y Santander.

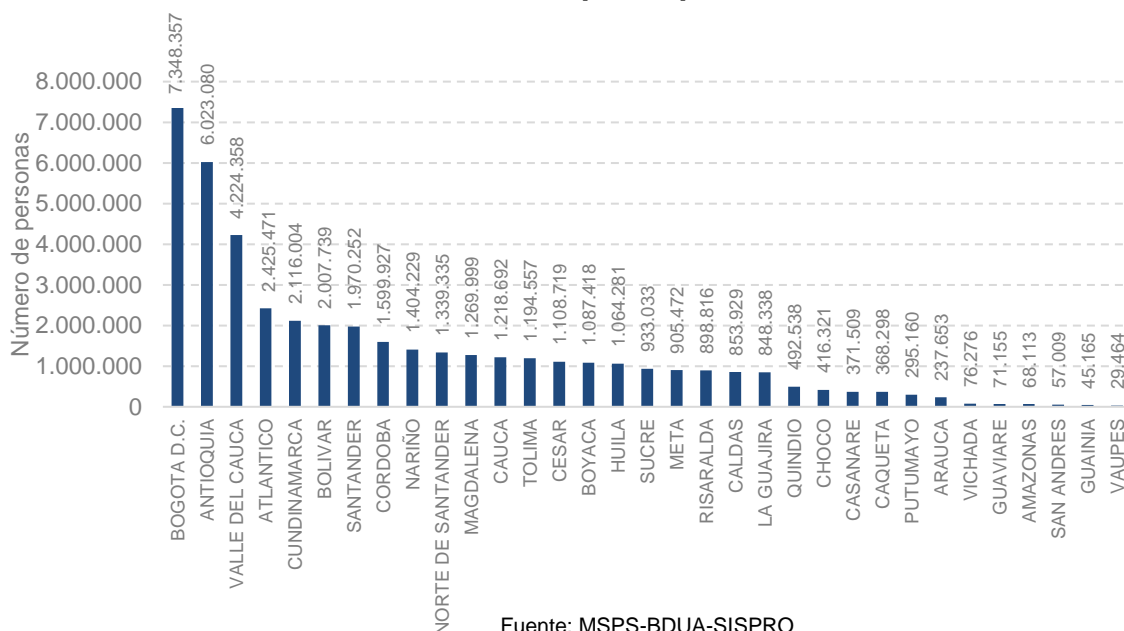
En cuanto la variación de la afiliación al SGSSS, los departamentos que crecieron por encima del promedio nacional (10,1%) fueron 17, entre ellos Meta, Vaupés y Guajira como los tres de mayor crecimiento. Los departamentos en los que la afiliación al SGSSS creció por debajo del promedio nacional fueron 13, entre ellos Caldas, Quindío y Magdalena

Gráfica 10.
Evolución de la población cotizante y beneficiaria – Régimen contributivo



Fuente: MSPS-BDUA-SISPRO

Gráfica 11.
Personas afiliadas al SGSSS por departamento en 2016



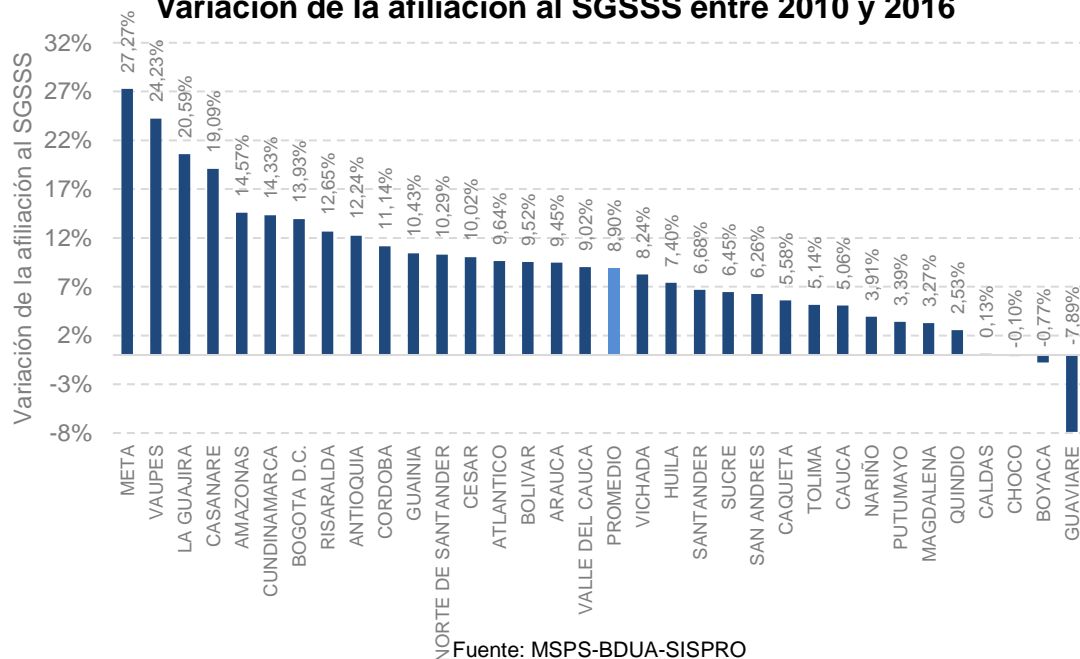
Fuente: MSPS-BDUA-SISPRO

como los tres de menor crecimiento. Los tres departamentos restantes, Guaviare, Boyacá y Chocó, fueron los únicos departamentos en los que la afiliación al SGSSS disminuyó (Gráfica 12), lo cual se debe a que en estos tres departamentos el número de personas afiliadas al

régimen subsidiado disminuyó más que el número de personas que se afiliaron al régimen contributivo.

Un aspecto relevante es la cobertura por departamento. En 2016, del total de departamentos, 6 alcanzaron una

Gráfica 12.
Variación de la afiliación al SGSSS entre 2010 y 2016



Fuente: MSPS-BDUA-SISPRO

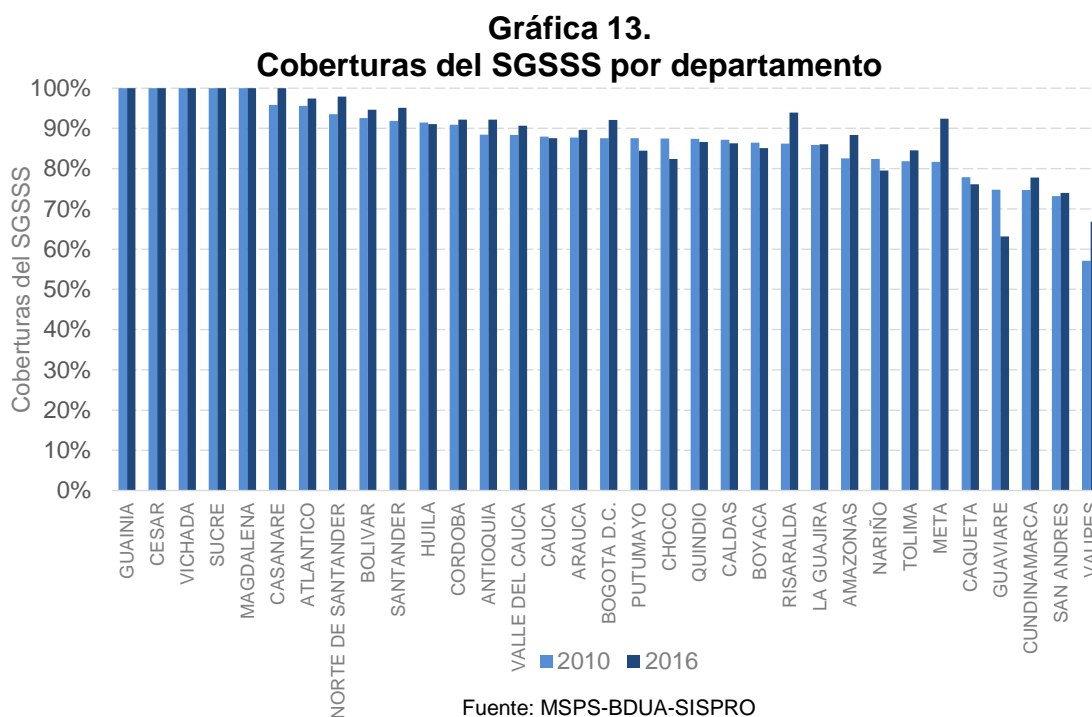
cobertura total de su población¹³, 22 alcanzaron una cobertura superior al 80% y 5 departamentos alcanzaron coberturas menores al 80% (Gráfica 13). Comparado con la cobertura en 2010, en 18 departamentos la cobertura aumentó, en 8 se mantuvo aproximadamente igual y en los restantes 8 departamentos la cobertura disminuyó, principalmente debido a que en 5 de los 8 departamentos el número de personas afiliadas al SGSSS se ha mantenido constante pero la población ha ido aumento, lo que genera una disminución relativa de la cobertura, y en los 3 departamentos restantes, que son Guaviare, Boyacá y Chocó, como se mencionó, el número de

personas afiliadas al régimen subsidiado disminuyó.

2. Cifras coyunturales del aseguramiento en salud primer trimestre de 2017

2.1. Cobertura del sistema de salud

Durante el primer trimestre de 2017 la cobertura fue de 94,3%. Al compararla con la cobertura del trimestre inmediatamente anterior, hubo una disminución del 0,81%, la cual se explica principalmente por la disminución en el número de afiliados al régimen



¹³ Un inconveniente con la cobertura del SGSSS departamental es que las proyecciones de población del DANE, se estiman a partir del Censo de 2005, como se comentó anteriormente, y dado el tiempo que ha transcurrido, es natural que estas proyecciones presenten un nivel de imprecisión más alto, sobre todo si se tiene en cuenta que los registros de nacimientos y defunciones pueden tener ciertos problemas, y que captar la migración entre regiones es un desafío

complejo, sobre todo en un país como el nuestro con alto flujo de personas tanto por causas económicas, como por el conflicto. De tal manera, al hacer el cálculo de la cobertura del SGSSS departamental, se encuentran departamentos que muestran coberturas superiores al 100%, lo cual no es consistente. Así que, en dichos departamentos se decidió truncar al 100% la tasa de cobertura, es decir que tendrían una cobertura total.

subsidiado. En comparación con la cobertura del primer trimestre de 2016, hubo una disminución del 1,9% (Gráfica 14), la cual se explica principalmente por la disminución en el número de afiliados al régimen contributivo.

2.2. Cobertura del sistema de salud por regímenes

Durante el primer trimestre de 2017 el régimen contributivo de cobertura alcanzó el 44,8%, el régimen subsidiado el 45,4% y los regímenes de excepción el 4,2%. Al comparar la cobertura por regímenes entre el primer trimestre de 2017 y el primer trimestre de 2016, se encuentra que hubo un aumento de la cobertura del régimen contributivo de 0,7% y una disminución de 2,6% de la cobertura del régimen subsidiado, la cobertura de los

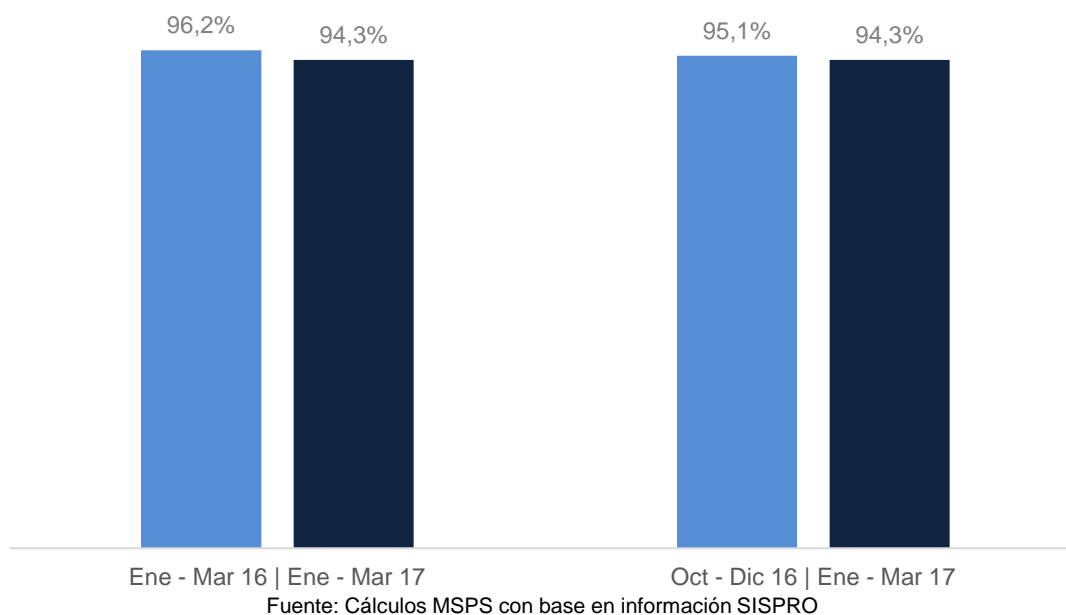
regímenes de excepción permaneció igual (Gráfica 15).

2.3. Solicitudes de traslados de afiliados

El traslado se define como el cambio de inscripción de EPS dentro de un mismo régimen o los cambios de inscripción de EPS entre regímenes del SGSSS¹⁴. En consecuencia, los traslados pueden darse dentro de un mismo régimen o entre regímenes diferentes, en el marco del Decreto 780 de diciembre de 2016

Durante el primer trimestre de 2017, un total de 2.834.429 afiliados solicitaron traslados¹⁵, sin incluir movilidad, lo que representa una disminución de 23,5% con respecto al trimestre inmediatamente anterior. En comparación con el mismo trimestre de 2016, las solicitudes de

Gráfica 14.
Cobertura del sistema de salud

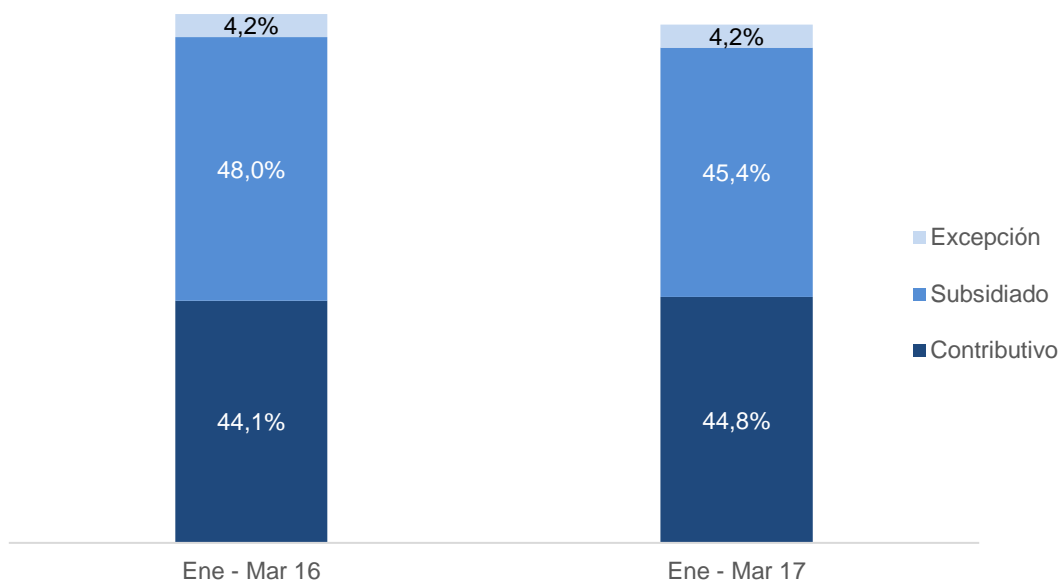


¹⁴ Artículo 3° del Decreto 2353 de 2015 compilado por el Decreto 780 de 2016

¹⁵ El proceso de reporte de novedades de ingreso, traslados, movilidad, entre otras, por parte de los

distintos actores del SGSSS, se encuentra reglamentado en la Resolución 4622 de 2016.

Gráfica 15.
Cobertura del sistema de salud por regímenes



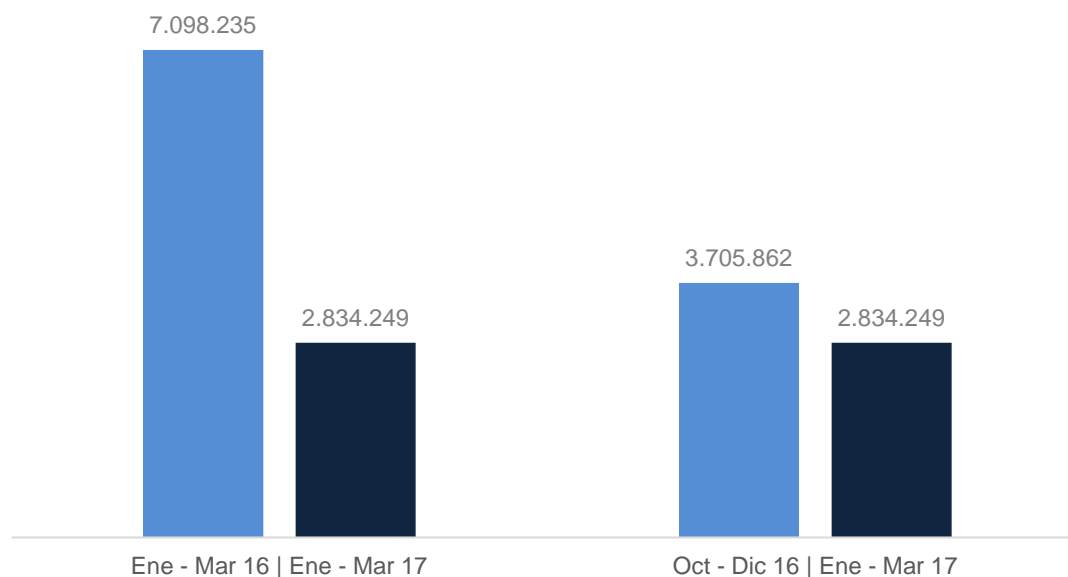
Fuente: Cálculos MSPS con base en información SISPRO

traslados, sin incluir movilidad, disminuyeron 60,1% (Gráfica 16).

Del total de traslados en el primer trimestre de 2017, el 30% fueron solicitudes de traslado entre EPS del régimen contributivo (Gráfica 17), el 35%

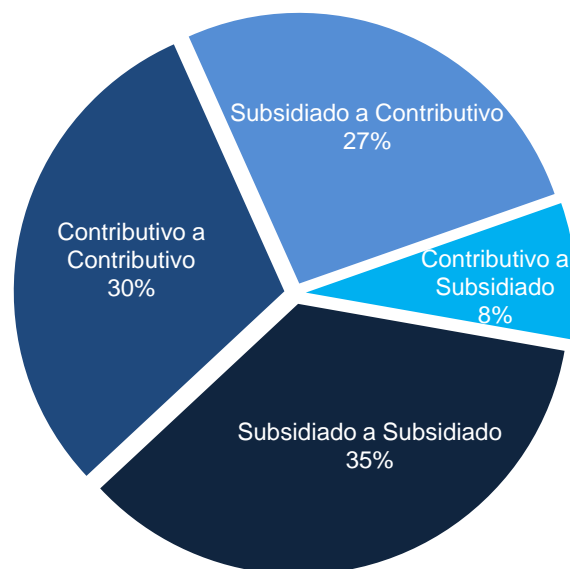
fueron solicitudes de traslado entre EPS del régimen subsidiado, el 27% fueron solicitudes de traslado de una EPS del régimen subsidiado a una EPS del régimen contributivo y el 8% fueron solicitudes de traslado de una EPS del

Gráfica 16.
Solicitudes de traslados



Fuente: Cálculos MSPS con base en información BDUA

Gráfica 17.
Solicitudes de traslados según el régimen



Fuente: Cálculos MSPS con base en información BDUA

régimen contributivo a una EPS del régimen subsidiado.

2.4. Respuestas a las solicitudes de traslados

Durante el primer trimestre de 2017 del total de solicitudes de traslados, sin incluir movilidad, el 47% fueron negadas¹⁶, el 24% fueron aprobadas¹⁷, el 27% fueron atendidas a través del silencio administrativo¹⁸ y el 3% fueron glosadas¹⁹. En comparación con el cuarto trimestre de 2016, se negaron 19% menos solicitudes

y fueron aprobadas o atendidas a través del silencio administrativo un 5% y 14% más solicitudes, respectivamente (Gráfica 18).

En cuanto a las respuestas, según el régimen, en el primer trimestre de 2017, en las solicitudes de traslados entre EPS del régimen contributivo, el 49% fueron negadas y el 45% aprobadas. En las solicitudes de traslados de una EPS del régimen contributivo a una EPS del subsidiado el 16% fueron negadas, el 2% fueron aprobadas y el 82% fueron

¹⁶ La mayor causal de negación de traslados fue que el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar se encuentra internado en una institución prestadora de servicios de salud.

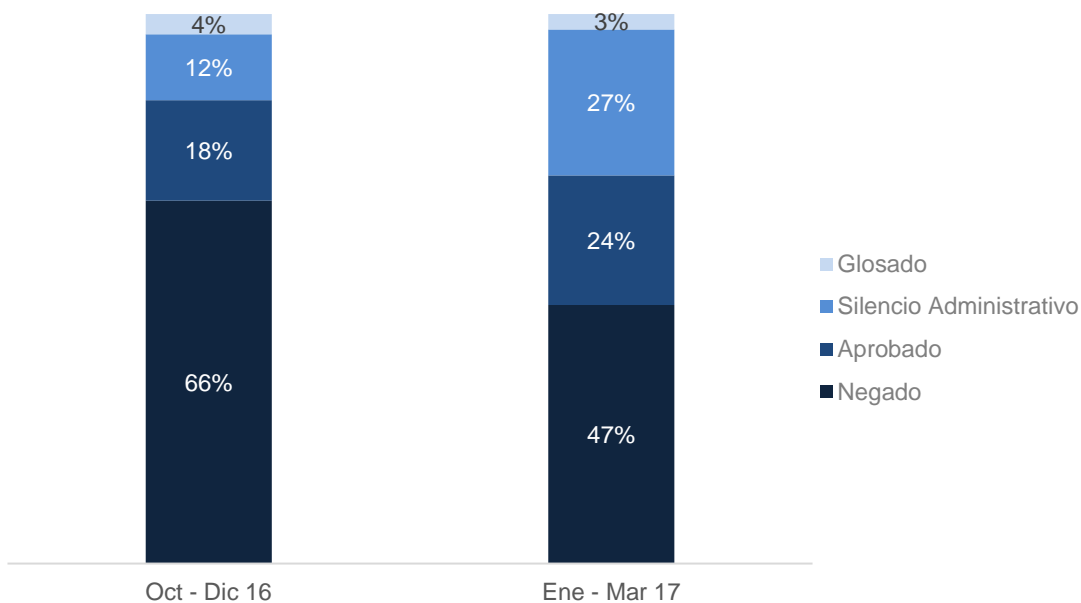
¹⁷ Las aprobaciones de traslado de EPS deben previamente tener una aceptación de la EPS de donde se traslada el afiliado o cuando el FOSYGA desestima la negación de solicitud de una EPS, cuando ésta indica como causal de negación que el afiliado “no cumple tiempo mínimo de permanencia” y el FOSYGA directamente valida que el afiliado si cumple los 360 días en la EPS.

¹⁸ Figura del derecho administrativo contenida y regulada en la Ley 1437 de 2011, especialmente en el

capítulo VII artículos 83-86, la cual establece que transcurridos tres (3) meses contados a partir de la presentación de una petición sin que se haya notificado decisión que la resuelva, se entenderá esta como negada o aprobada dependiendo de los casos previstos en disposiciones legales. En el caso de los traslados, se entiende por silencio administrativo cuando una EPS no responde en los términos establecidos y se da por aprobada la solicitud de traslado.

¹⁹ Se entiende por glosa los registros de solicitudes de traslados en los cuales fueron encontradas inconsistencias.

Gráfica 18.
Respuestas a las solicitudes de traslados

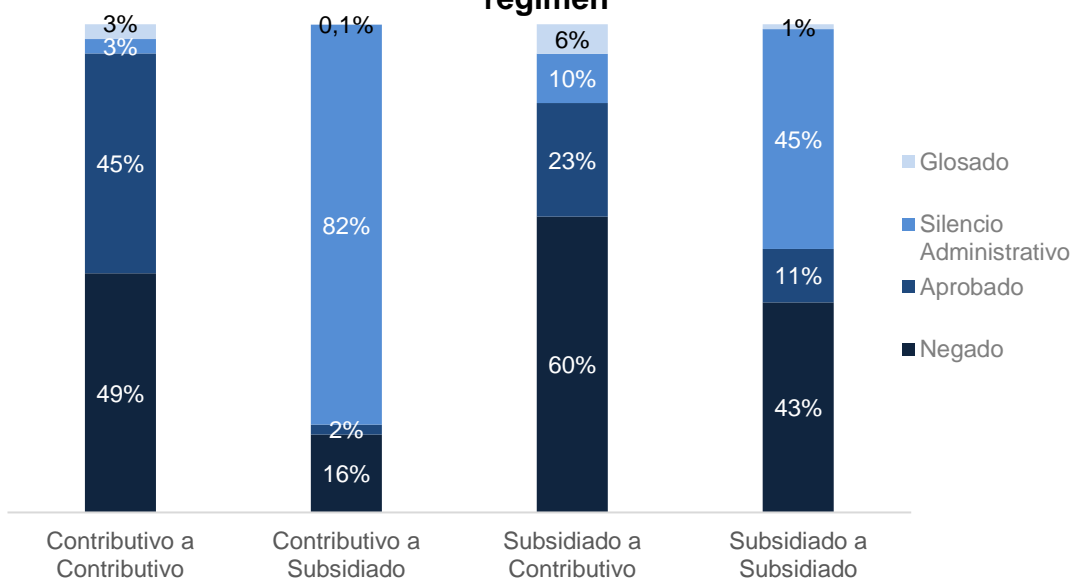


Fuente: Cálculos MSPS con base en información BDUA

atendidas a través del silencio administrativo. En las solicitudes de traslados de una EPS del régimen subsidiado a una EPS del contributivo, sin incluir movilidad, el 60% fueron negadas y el 23% aprobadas.

Por último, en las solicitudes de traslados entre EPS del régimen subsidiado el 43% fueron negadas, el 11% fueron aprobadas y el 45% fueron atendidas a través del silencio administrativo (Gráfica 19).

Gráfica 19.
Respuestas a las solicitudes de traslados según el régimen



Fuente: Cálculos MSPS con base en información BDUA

2.5. Traslados aprobados

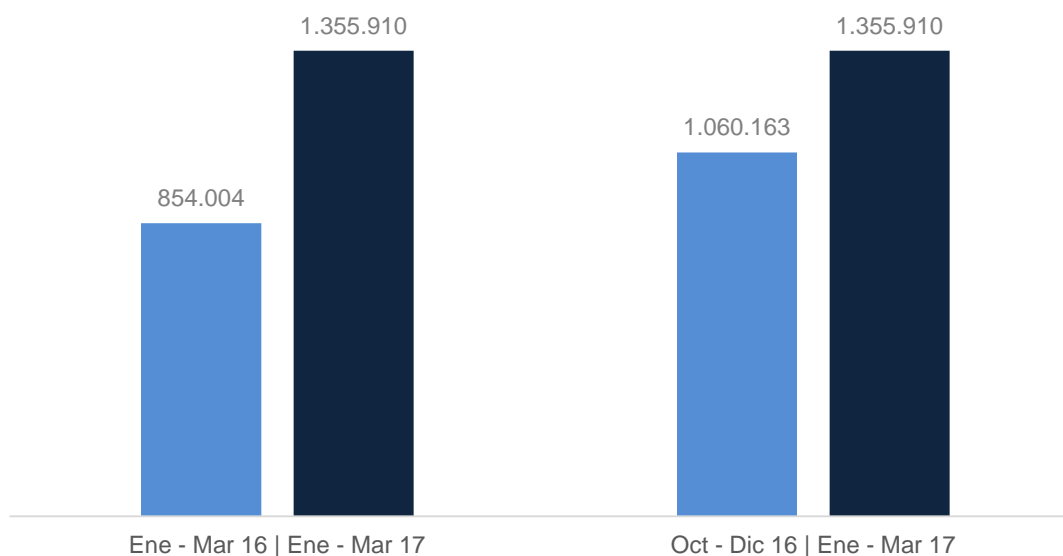
En el primero trimestre de 2017, se aprobaron 1.355.910 solicitudes de traslados, las cuales fueron aprobadas directamente por la EPS o porque fueron atendidas a través del silencio administrativo, lo que representa un aumento de 27,9% con respecto al trimestre inmediatamente anterior. En comparación con el mismo trimestre de 2016, las solicitudes de traslados aprobadas aumentaron en 58,8% (Gráfica 20).

Del total de traslados aprobados, el 40% fueron entre EPS del régimen subsidiado, el 30% fueron entre EPS del régimen contributivo, el 14% fueron de una EPS del régimen contributivo a una EPS del régimen subsidiado y el 16% fueron solicitudes de traslado aprobadas de una EPS del régimen subsidiado a una EPS del régimen contributivo (Gráfica 21).

2.6. Solicitudes de movilidad

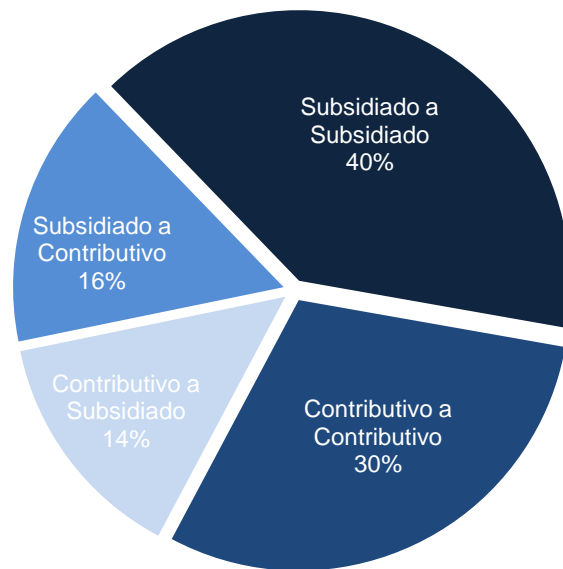
La movilidad es el cambio de pertenencia a un régimen dentro de la misma EPS. Durante el primer trimestre de 2017 se hicieron 697.844 solicitudes de movilidad, de las cuales 357.288 (51%) fueron solicitudes de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo y 340.556 (49%) fueron solicitudes del régimen contributivo al régimen subsidiado (Gráfica 22). Todas las solicitudes de movilidad fueron aprobadas a través del silencio administrativo, aunque en las solicitudes de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo un 0,3% fueron negadas o glosadas. Al comparar las solicitudes de movilidad del primer trimestre de 2017 con las del trimestre inmediatamente anterior, hubo un aumento del 19%. En comparación con las solicitudes de movilidad del primer trimestre de 2016, hubo una disminución del 21,8%. (Gráfica 23)

Gráfica 20.
Traslados aprobados



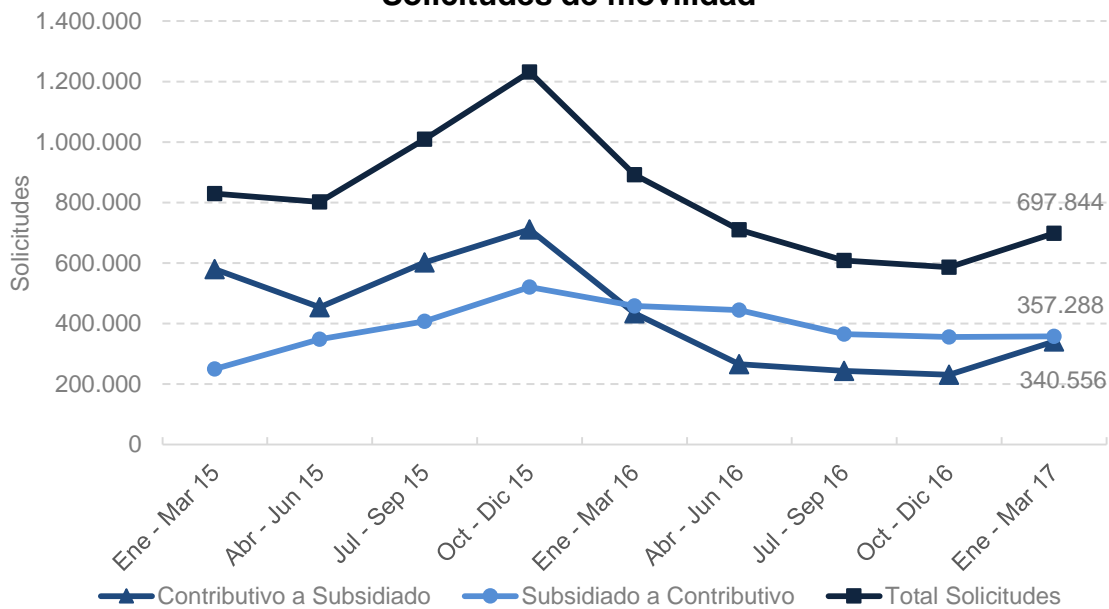
Fuente: Cálculos MSPS con base en información BDUA

Gráfica 21.
Traslados aprobados según régimen



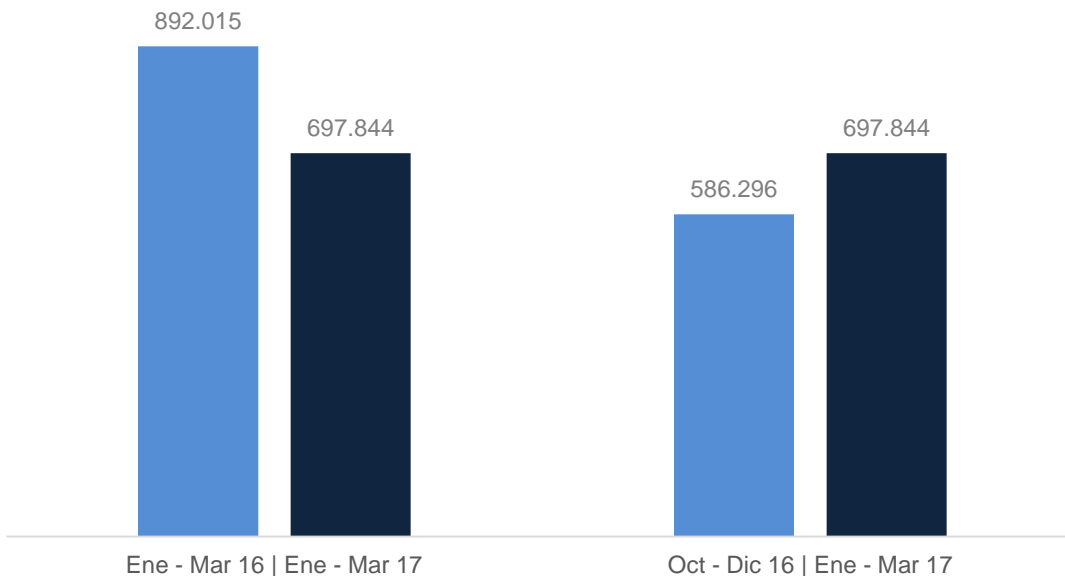
Fuente: Cálculos MSPS con base en información BDUA

Gráfica 22.
Solicitudes de movilidad



Fuente: Cálculos MSPS con base en información BDUA

Gráfica 23.
Solicitudes de movilidad



Fuente: Cálculos MSPS con base en información BDUA