

**SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
OFICINA ASESORA JURÍDICA
BOLETÍN JURÍDICO NÚMERO 29
OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2013**

**Gustavo Enrique Morales Cobo
Superintendente Nacional de Salud**

**Nancy Roció Valenzuela Torres
Jefe (e) Oficina Asesora Jurídica**

**Leonardo Maestre Maya
Coordinador Grupo de Conceptos, Derechos de Petición y Apoyo Legislativo.**

**Diana Beatriz Murcia Calderón
Secretaria.**

**Gloria Inés Acosta Pérez
Marta Consuelo Piñeros Álvarez
Profesionales Grupo de Conceptos, Derechos de Petición y Apoyo Legislativo.**

**Gloria Amanda Álvarez Cuervo
Cristhian Andrés Rodríguez Díaz
Profesionales de Apoyo Grupo de Conceptos, Derechos de Petición y Apoyo Legislativo.**

CONTENIDO

1. 2-2013-076349 CONSULTA RELACIONADA CON EL RECONOCIMIENTO DEL TRANSPORTE A LA POBLACION ASEGURADA POR PARTE DE LAS EPSS
2. 2-2013-077157 CONCEPTO PRESCRIPCIÓN DE LAS FACTURAS DERIVADAS DE ATENCIONES EN SALUD A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO
3. 2-2013-078204 PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
4. 2-2013-078244 CONFLICTOS DE INTERÉS EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA
5. 2-2013-078809 CONCEPTO RELACIONADO CON LA INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA
6. 2-2013-081963 CONSULTA VALIDEZ LEGAL DE LAS DENOMINACIONES PRE-AUTORIZACIONES
7. 2-2013-081965 CONCEPTO PAGO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS A RECIÉN NACIDO POR NO EXISTIR AUTORIZACIÓN
8. 2-2013-094638 CONCEPTO RELACIONADO CON LA NATURALEZA Y OBLIGACIONES DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD INDÍGENAS
9. 2-2013-094639 CONSULTA RELACIONADA CON EL PAGO DE INCAPACIDADES DE 1 A 3 DIAS Y NO RECONOCIDAS POR LA EPS
10. 2-2013-099715 CONSULTA- GLOSAS BASES DE DATOS DE AFILIADOS
11. 2-2013-102518 OFICIO No. 3335.- EXPEDIENTE PE-040 PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA 209 DE 2013 SENADO - 267 DE 2013 CAMARA. POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD
12. 2-2013-102553 CONSULTA ASIGNACIÓN CITA MÉDICA CON ESPECIALISTA

13. 2-2013-102962 CONSULTA CUSTODIA Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES
14. 2-2013-102978 CONSULTA RELACIONADA CON LA SUSCRIPCIÓN DE UN PAGARE POR CONCEPTO DE COPAGOS SEGÚN CORREOS 4-2013-071275 Y 4-2013-071987
15. 2-2013-102994 CONSULTA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIO E INGRESO BASE DE COTIZACIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE
16. 2-2013-103249 CONSULTA - CUOTAS DE RECUPERACIÓN
17. 2-2013-103252 CONSULTA - EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD Y COOPERATIVAS EN SALUD
18. 2-2013-103289 EFECTIVIDAD DEL TRASLADO ENTRE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD EPS
19. 2-2013-103294 CONSULTA ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA AL EMPLEADOR PARA EL RECONOCIMIENTO DE UNA INCAPACIDAD
20. 2-2013-103781 CONCEPTO FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
21. 2-2013-104008 CONSULTA- CUBRIMIENTO DEL SOAT EN EVENTO DEPORTIVO
22. 2-2013-104821 SOLICITUD DE CONCEPTO SOBRE EL TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN EJECUTIVA CONTRACTUAL EN LOS CONTRATOS DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO
23. 2-2013-105738 CONSULTA AFILIACIÓN BENEFICARIO MAYOR DE 18 AÑOS ESTUDIANTE EN EL EXTERIOR
24. 2-2013-105740 CONSULTA INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y NATURALEZA JURÍDICA DE LAS EPS
25. 2-2013-106906 CONSULTA GIRO DIRECTO A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR LA ATENCIÓN BRINDADA A LA

POBLACION POBRE NO CUBIERTA

26. 2-2013-108308 CONSULTA PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE DOCENTES UNIVERSITARIOS
27. 2-2013-108483 CONSULTA - DESARROLLO DEL CONTRATO POR CAPITACIÓN
28. 2-2013-108503 CONSULTA RELACIONADA CON EL MANEJO Y RECTIFICACION DE DATOS POR PARTE DE LA EPS
29. 2-2013-110989 CONSULTA RELACIONADA CON LA PORTABILIDAD EN CASO DE EMIGRACION PERMANENTE
30. 2-2013-110992 CONSULTA FUSIÓN POR ABSORCIÓN DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO QUE SE ENCUENTRAN EN MEDIDA DE INTERVENCIÓN
31. 2-2013-110993 CONSULTA RELACIONADA CON LOS CENTROS DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES
32. 2-2013-111182 CONSULTA CONFLICTO DE INTERESES
33. 2-2013-112334 CONSULTA RELACIONADA CON APORTES EN SALUD DE CÓNYUGE NO DEPENDIENTE.
34. 2-2013-115219 CITACIÓN JUNTA VIRTUAL.
35. 2-2013-115199 CONSULTA RELACIONADA CON EL PAGO DE LA ATENCIÓN EN SALUD PRESTADA A LA POBLACION NO ASEGURADA SIN CAPACIDAD DE PAGO.



FI-PLAN-110810 -V4

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-076349**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-076349**
Fecha 04/10/2013 08:44 a.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino ALCALDÍA MUNICIPAL DE SAN ANTONIO DE PALMITO
Copia

Referencia: **CONSULTA RELACIONADA CON EL RECONOCIMIENTO DEL TRANSPORTE A LA POBLACION ASEGURADA POR PARTE DE LAS EPSS**
Referenciado: 1-2013-055305

Respetada Doctora Hernández Montes:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es reglado, en consecuencia los actores que intervienen en él deben dar cabal cumplimiento a la normatividad que los regula, para el caso consultado, el Acuerdo No. 29 del 28 de diciembre de 2012 expedido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) "Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud", en el artículo 2 dispuso lo siguiente:

"ARTÍCULO 42. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

PARÁGRAFO. Si a criterio del médico tratante el paciente puede ser atendido por otro prestador, el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte

del Plan Obligatorio de Salud. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria. (Negrilla fuera de texto)

ARTÍCULO 43. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las Unidades de Pago por Capitación respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión.” (Negrilla fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, el transporte para atenciones ambulatorias solo está cubierto en aquellas ciudades del país donde se reconoce UPC adicionales **por falta de accesibilidad** las cuales fueron establecidas por la Comisión de Regulación en Salud en el artículo 2 del Acuerdo 030 del 28 de diciembre de 2011 y que corresponde a una UPC adicional del 10% en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, **Sucre**, Vaupés, Vichada y la región de Urabá exceptuándose las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia. Este mismo Acuerdo estableció una UPC adicional del 6% en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y los municipios de Soacha, Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta y Soledad conurbados con las ciudades de Bogotá, Medellín y Barranquilla respectivamente.

Es necesario precisar que la UPC adicional del 6%, que estableció el mencionado Acuerdo para las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y los municipios de Soacha, Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta y Soledad conurbados con las ciudades de Bogotá, Medellín y Barranquilla, no es por accesibilidad como la del 10%, sino porque en esta ciudad hay una mayor demanda de servicios y mayor frecuencia de las patologías.

Respecto a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, se fijó una prima adicional del 11.47% en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y de la región de Urabá, exceptuándose de este valor las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia. (Artículo 8° del Acuerdo 30 de 2011)

De acuerdo con el artículo 9° del Acuerdo 30 de 2011 se estableció la prima diferencial en el 7.5% del valor de la UPC-S para las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla y los municipios conurbanos de Soacha, Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta y Soledad.

Conforme a las normas transcritas tenemos que **el Plan Obligatorio de Salud de ambos regímenes, incluye el transporte en ambulancia para el traslado de**

pacientes entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional.

El servicio de traslado de pacientes cubrirá el medio de transporte adecuado y disponible en el medio geográfico donde se encuentre, con base en el estado de salud del paciente, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión.

Sin embargo las citadas normas no contemplan que cuando se da de alta al paciente, se deban cubrir los gastos de retorno a su lugar de residencia, estos se entenderán como servicios no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S.; en consecuencia se debe tener presente la Sentencia C-463 de 2008 de la honorable Corte Constitucional que estableció:

“(…)

6.2.3 En cuanto al régimen de afiliación, bien se trate de **usuarios del Régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado**, para la Corte es claro que ambos tipos de usuarios deben **poder acceder al beneficio de que sus requerimientos ordenados por el médico tratante y no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud sean presentados por las EPS ante los CTC para su consideración y aprobación.**

Adicionalmente, para la Sala la **condición especial de los afiliados al Régimen Subsidiado, en cuanto se refiere a una población con menores recursos económicos y por tanto en condiciones de especial debilidad y vulnerabilidad, hace mayormente exigible del Estado una protección igualitaria en materia de salud con los afiliados al Régimen Contributivo, así también en relación con las prestaciones no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud.**

(……)

6.2.6 De otra parte, encuentra la Corte, que la medida dispuesta por la norma no sería idónea para conseguir el fin propuesto en relación con el equilibrio financiero del sistema, por cuanto de un lado, **los costos de servicios médicos por fuera del plan de beneficios POS serán cubiertos por el Fosyga, tal y como lo ordena la norma, o por las entidades territoriales en el caso del POS-S del Régimen Subsidiado, tal y como lo establece la Ley 715 del 2001**, lo cual no afecta la financiación de las EPS a través de las cotizaciones y de la unidad de valor per capita UPC, destinada a cubrir los riesgos derivados del servicio de salud. De otro lado, en caso de que los requerimientos no sean aprobados por las EPS o en caso de que las EPS no estudien oportunamente tales solicitudes ni las trámite ante el respectivo Comité Técnico Científico, las personas siempre podrán acudir a la acción de tutela, en razón de que dichos requerimientos se encuentran intrínsecamente vinculados con su derecho fundamental a la salud además de estar ligados a otros derechos fundamentales.

(…)

Así mismo, advierte la Corte que **el Estado se encuentra obligado jurídicamente a destinar las partidas presupuestales necesarias dentro del gasto público para el**

cubrimiento de las necesidades básicas en salud de la población colombiana, lo cual también incluye las prestaciones en salud No-POS ordenadas por el médico tratante que sean necesarias para restablecer la salud de las personas, las cuales deben ser cubiertas por el Fosyga en el Régimen Contributivo y las entidades territoriales en el Régimen Subsidiado, y ello precisamente con la finalidad de lograr el equilibrio del sistema en salud. Por esta razón, considera la Corte que la medida de excluir a bastos sectores de la población, entre ellos a las personas que padezcan enfermedades no catalogadas como de alto costo, aquellas quienes requieren otro tipo de prestación en salud diferente a los medicamentos y a todos los usuarios del Régimen Subsidiado, de la posibilidad de recibir los servicios en salud No-POS que le sean necesarios para la recuperación de su salud, y ello en aras de buscar el equilibrio financiero del sistema, es una medida que a todas luces sacrifica el derecho fundamental a la salud y otros derechos fundamentales, y es una medida que puede ser reemplazada por otro tipo de medidas económicas y financieras, tales como el financiamiento respectivo por parte del Fosyga y las entidades territoriales.

Finalmente, se puede concluir también que la disposición es desproporcionada, en razón a que el costo, esto es la vulneración de derechos fundamentales, es demasiado alto en relación con el beneficio conseguido. En este sentido, es claro para la Corte que la disposición sacrifica otros valores, principios o derechos constitucionales que tienen mayor peso o relevancia frente al principio de eficiencia y equilibrio del sistema financiero, como el derecho a la salud consagrado en los artículos 48 y 49 Constitucionales.(...)"

No obstante lo anterior, también se debe tener presente que para la prestación de servicios de salud no cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 estipuló lo siguiente:

“Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.” (Negrilla fuera del texto)

Posteriormente, el Ministerio de la Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 5334 de 2008 adoptó los mecanismos que permiten agilizar los trámites requeridos para la atención en salud de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado – No POS-S de los afiliados al Régimen Subsidiado, por parte de las entidades departamentales y distritales, y municipales certificadas en salud.

Tratándose de servicios no POS-S estos serán asumidos por el Departamento o Distrito a través de las direcciones departamentales o distritales de salud,

conforme a las competencias establecidas en el artículo 43, el párrafo del artículo 44 y el artículo 45 de la ley 715 de 2001.

Igualmente, las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud deben cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad cuyas características se encuentran establecidas en el artículo 3° del Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, así:

"1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico." Resaltado fuera del texto.

El artículo 365 de la Constitución Política consagra que "los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional". La finalidad social del Estado frente a la prestación eficiente de los servicios públicos, surge del análisis del artículo 2° de la Constitución Política, que establece como uno de los principios fundamentales de los fines esenciales del Estado "asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado".

Es importante tener en cuenta, que la eficiencia de la prestación del servicio comporta la continuidad en la prestación del mismo. De esta manera, no puede dilatarse, de manera injustificada, el tratamiento o procedimiento en materia de salud porque no sólo se quebranta de esta manera las reglas rectoras del servicio público esencial de salud, sino también los principios de dignidad humana y solidaridad que pueden configurar un trato cruel para la persona que demanda el servicio, aspectos que se encuentran prohibidos en el artículo 12 de la Carta Fundamental.

En consecuencia, el principio de continuidad conlleva a que los servicios de salud deben prestarse de manera ininterrumpida, constante y permanente, bajo la premisa de que el servicio de salud es un servicio público esencial, el cual no puede ser interrumpido, tal como lo ha aseverado la Corte Constitucional en múltiples ocasiones.

De igual manera, se debe tener presente el numeral 2 de la Circular No. 066 de 2010 de esta Superintendencia Nacional de Salud que respecto al Aseguramiento en Salud dispuso lo siguiente:

"2. ASEGURAMIENTO EN SALUD

Entiéndase por aseguramiento en salud

1. La administración del riesgo financiero,
- 2. La gestión del riesgo en salud,**
- 3. La articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo,**
4. La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y
5. La representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, este es, la salud y la vida del usuario afiliado.

Los aseguradores en salud deben coordinar las pautas necesarias para los procedimientos, ser diligentes y prudente en todos los contratos, y además, actuar con buena fe; si esto se aplica no tiene porque presentarse problemas en la atención de los servicios de salud. Lo que sí no se puede es desplazar la falta de diligencia al paciente para que pague, ya que todos somos pacientes potenciales, y lo que se está haciendo es proteger a la sociedad.

Los aseguradores en salud deberán exigirle a sus prestadores de servicios de salud PSS que cumplan con los manuales de los procedimientos y que los firmen. Se entiende que toda actividad, procedimiento e intervención en salud tienen un protocolo y si estos se siguen disminuyen las responsabilidades y establecen una forma de salir a la defensa, en estos casos. El deber no es solo hacer la actividad, procedimiento o intervención, sino también todo lo correspondiente para que sea exitosa.

Conforme a lo establecido por el artículo 38 del Decreto 1011 de 2006, los aseguradores en salud incorporaran, en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría

para el mejoramiento de la calidad por parte de los aseguradores en salud de acuerdo con lo definido en el artículo 50 del Decreto 1011 de 2006.

2.1. RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

A quien se afilia el usuario es al asegurador en salud, no al prestador de servicios de salud, quien se compromete en la calidad, oportunidad, eficiencia en el servicio, en el manejo de la salud, en el manejo de la vida, es el asegurador no el prestador, todo esto derivado de la responsabilidad contractual establecida por la firma del contrato de aseguramiento entre el asegurador y el afiliado, y entre el asegurador y el alcalde municipal en el caso del régimen subsidiado.

Conforme a la definición del aseguramiento en salud, son los aseguradores en salud y no los PSS, los responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia, y eficacia de la prestación de los servicios de salud, y por ende, los que deberán responder por toda falla, falta, lesión, enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que el aseguramiento en salud, exige que el asegurador, asuma el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida del asegurado, y cumpla cabalmente con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud derivado esto, de las obligaciones y responsabilidades contractuales que surgen del CONTRATO DE ASEGURAMIENTO.

La asunción directa de las responsabilidades en materia de servicios de salud, serán por parte de quien asegura, quien es el verdadero y directo responsable CONTRACTUAL, y no del prestador de servicios de salud, quien responderá solidariamente con el asegurador, solo cuando el PSS, habiéndose entregado por el ASEGURADOR, los elementos clave de atención esto es los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, haya hecho caso omiso a estos y haya generado la lesión, enfermedad, o incapacidad en el usuario, por su omisión, arbitrariedad y el desconocimiento de lo ordenado, pactado y planteado por el asegurador en salud". Resultado fuera del texto.

Es de señalar, que al ser el derecho a la salud, un derecho de rango constitucional tal como lo señalado la Honorable Corte Constitucional en diferentes pronunciamientos, entre ellos la Sentencia T-760 de 2008 no puede limitarse su acceso por parte de los administradores de los administradores de los recursos del mismo so pretexto de anteponer trabas económicas y administrativas que atenten contra los derechos de los usuarios dejándolos desprotegidos frente al aseguramiento en salud y por ende atentando contra la vida misma.

Conforme a la definición del aseguramiento en salud, las Entidades Promotoras de Salud como ASEGURADORAS EN SALUD son las responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia, y eficacia de la prestación de los servicios de salud, y por ende, son dichas entidades las que deben responder por toda falla, falta, lesión, enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que el aseguramiento en salud, exige que el asegurador, asuma el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida de asegurado, y cumpla con cabalmente con las obligaciones establecidas en los Planes

Obligatorios de Salud y bajo ninguna circunstancia delegar sus funciones asignadas por Ley a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por lo expuesto, se da traslado a la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud con el fin de que en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control adelante las investigaciones administrativas a que haya lugar.

El anterior concepto se expide en los términos y con el alcance señalado en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,
Angela Patricia Rojas Combariza
Jefe De Oficina Asesora Juridica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-077157**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-077157**
Fecha 08/10/2013 11:02 a.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino CLÍNICA SANTA MARÍA S.A.S.
Copia

Referencia: **CONCEPTO PRESCRIPCIÓN DE LAS FACTURAS DERIVADAS DE ATENCIONES EN SALUD A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO**

Referenciado: 1-2013-078660

Respetada Doctora Hernández Merlano:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud integral derivada de accidentes de tránsito con cargo a la Compañía de Seguros que expidió la Póliza del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito SOAT; dicho SOAT es un contrato bilateral, de carácter obligatorio celebrado entre el propietario del vehículo automotor y una Compañía de Seguros debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera.

Debe tenerse en cuenta que el SOAT siendo un seguro público, hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, razón por la cual se rige por los principios de integralidad del servicio, continuidad del tratamiento, y se encuentra reglamentado por el Decreto 3990 de 2007 y demás normas que lo reglamenten.

Respecto al término de prescripción aplicable a las facturas en las que se cobren servicios de salud, prestados a víctimas de accidente de tránsito, la Superintendencia Financiera de Colombia en concepto 2012054519-003 del 21 de septiembre de 2012, se pronunció en los siguientes términos:

“...SOAT, ACCIÓN DE COBRO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, PRESCRIPCIÓN

Síntesis: La prescripción ordinaria tiene lugar cuando el titular de la acción, bien sea con fuente en el contrato de seguro o en la ley, tiene conocimiento o ha debido tenerlo del hecho en la cual ella se origina, mientras que la prescripción extraordinaria, se produce en los casos en que no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento del hecho en cuestión, vale decir, en cuanto no se hubiere configurado antes la prescripción ordinaria.

«(...) damos respuesta a su comunicación dirigida con el propósito de obtener un pronunciamiento acerca la legislación aplicable a las cuentas de cobro por atención médica prestada a las víctimas de accidentes de tránsito formalizadas ante las aseguradoras por las instituciones prestadoras de servicios de salud IPSs, a efectos de determinar la procedencia de la prescripción ordinaria o extraordinaria y “...definir el trámite de reclamación ante estas entidades”.

1. En primera instancia, conviene precisar que con la expedición de la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se reguló el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, se incorporó como parte del régimen de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud las coberturas del Seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT (artículo 167), considerado desde su creación legal como un seguro obligatorio que cumple una función social, bajo la regulación contenida en el Capítulo IV de la Parte Sexta del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en adelante EOSF.

Es así como en el régimen de seguridad social se introducen modificaciones y adiciones puntuales al artículo 195 del EOSF, disposición que consagra las reglas orientadas a garantizar la atención de las víctimas de accidente de tránsito por parte de los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social e los subsectores oficial y privado del sector salud, como uno de los objetivos de ese seguro obligatorio.

Un aspecto objeto de adición que merece destacar para efectos de absolver sus inquietudes, corresponde al trámite de reclamaciones que formalicen “las entidades clínicas hospitalarias” antes las aseguradoras previsto en el numeral 6 del mencionado artículo 195 (Ley 100 de 1993, artículo 244, numeral 6), norma que debe interpretarse en armonía con el numeral 4 del mismo artículo que expresamente reconoce a “Los establecimientos hospitalarios o clínicos y a las entidades de seguridad y previsión social e los subsectores oficial y privado” la titularidad “de la acción para presentar la correspondiente reclamación antes las entidades aseguradoras”. El trámite de esas reclamaciones actualmente se encuentra reglamentado por el Decreto 3990 de 2007.

2. Ahora, en punto a sus cuestionamientos alusivos al fenómeno de prescripción de tales reclamaciones, procede señalar que al no encontrarse prevista una norma sobre el

particular en el régimen del SOAT, resulta aplicable el artículo 1081 Código de Comercio sobre prescripción de acciones en materia de seguros, por virtud de la remisión expresa realizada por el artículo 192 numeral 4 del EOSF a las normas que regulan el contrato de seguro terrestre.

En el mencionado artículo 1081, cuyo texto transcribimos a continuación, se establecen directrices no solo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca éste fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que tal período debe empezar a contarse:

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes".

Al señalar la disposición transcrita las directrices para determinar el momento a partir del cual empiezan a correr los términos de prescripción, distingue entre el momento en que “el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”, en la prescripción ordinaria y; el momento “en que nace el respectivo derecho”, independientemente de cualquier circunstancia y aún cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento de tal hecho, en la extraordinaria.

Se destaca entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto en la primera exige la presencia de ese elemento subjetivo, en la segunda lo vincula a un factor objetivo al ordenar que el término de cinco años comienza a partir del momento en que se consolide el respectivo derecho.

En este sentido, la exposición de motivos del proyecto del año 1958 -relativo al Código de Comercio-, resulta meridianamente clara y diciente. De ahí que, con motivo del examen de su artículo 898 -hoy 1081 del Código de Comercio-, puntualizó que:

Esta materia fue objeto de esmeradas cavilaciones. Se tuvo en mientes el principal fundamento filosófico-jurídico de la prescripción, que no es otro que la necesidad de darles consistencia y estabilidad a las situaciones jurídicas. Igualmente tuvimos en cuenta las conveniencias de las partes que intervienen en el contrato de seguros.

Optamos por establecer dos clases de prescripción, una ordinaria y otra extraordinaria... La ordinaria empieza a contarse desde el momento en que se tiene

conciencia del derecho que da nacimiento a la acción. No corre contra los incapaces...

Para quien no tiene conocimiento de él, cualquier término puede considerarse corto, pero el orden jurídico exige que se fije uno cualquiera. El de cinco (5) años es razonable. Y debe correr contra toda clase de personas.

Ventajoso para el asegurador, porque después de transcurridos cinco años desde la fecha del siniestro, puede disponer de la reserva correspondiente. Desventajoso, porque al vencerse ese término, ya no podrá alegar la nulidad del contrato por vicios en la declaración de asegurabilidad” (Ministerio de Justicia, Bogotá, T. II, 1958).

Bajo los anteriores lineamientos se concluye que la prescripción ordinaria tiene lugar cuando el titular de la acción, bien sea con fuente en el contrato de seguro o en la ley, tiene conocimiento o ha debido tenerlo del hecho en la cual ella se origina, mientras que la prescripción extraordinaria, se produce en los casos en que no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento del hecho en cuestión, vale decir, en cuanto no se hubiere configurado antes la prescripción ordinaria.

Definido el alcance del artículo 1081 en estudio, cuya aplicación es de carácter imperativo conforme a los términos señalados en la misma disposición, podría predicarse que la situación fáctica a que se encuentran expuestas las IPSs, cuando formalizan el cobro de los servicios médicos y atención de las víctimas de accidente de tránsito, evidencia un conocimiento del hecho que da origen a la acción de reclamación, como elemento subjetivo configurativo de la prescripción ordinaria, como atrás se explicó.(...)”

Cordialmente,
Angela Patricia Rojas Combariza
Jefe De Oficina Asesora Juridica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-078204**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-078204**
Fecha 09/10/2013 05:09 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino ABOGADOS ASOCIADOS VEGA VIVAS
Copia

Referencia: **PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD E INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**
Referenciado: 1-2013-079978

Respetado Doctor Vega Cruz:

La Oficina Asesora Jurídica en cumplimiento a lo establecido en el artículo 9° del Decreto 1018 de 2007, dentro de la órbita de su competencia en términos generales le manifiesta:

Con relación a los interrogantes planteados en su consulta, según el inciso 3° del artículo 37 de la Ley 1438 de 2011 estos podrán ser:

169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.

169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud".

Los Planes Adicionales de Salud -P.A.S.- hoy Planes Voluntarios son de carácter opcional y voluntario, los cuales son ofrecidos, por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las Compañías de Medicina Prepagada y las

Aseguradoras, tal como lo prevé el artículo 17 del Decreto 806 de 1998 no quedando incluidos las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS.

Además debe diferenciarse también de la función de aseguramiento que cumplen las entidades que ofrecen Planes Adicionales hoy Voluntarios de Salud, vigiladas también por la Superintendencia de Salud y la Superintendencia Bancaria hoy Superintendencia Financiera de Colombia (en el caso de las pólizas de seguros de salud), las cuales se ocupan de asegurar un plan de atención adicional hoy voluntario, que en los términos del Decreto 806 de 1998, es "aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria."

La licencia o autorización de funcionamiento otorgadas por la Superintendencia Nacional de Salud en el marco de su competencia, supone un control estricto de legalidad, su otorgamiento es una facultad reglada y, por tanto no es discrecional. La autorización o prohibición que ella conlleva depende exclusivamente de si el acto proyectado se ajusta o no a normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que regulan los Planes Adicionales hoy Voluntarios de Salud, lo estipulado en los artículos 37 a 41 de la Ley 1438 de 2011, los Decretos 1570 de 1993, 1485 y 1486 de 1994, 806 de 1998, 783 de 2000 y 308 de 2004, y las circulares 047 de 2007 y 049 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, Conforme al artículo 38 de la Ley 1438 de 2011, la aprobación de los Planes Voluntarios de Salud y de las tarifas, en relación con las Entidades Promotoras de Salud y las entidades de medicina prepagada, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual registrará los planes, en un plazo no superior a treinta (30) días calendario y realizará verificación posterior. El depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Otro elemento que define a las Entidades que ofrecen Planes Adicionales hoy Voluntarios de Salud son los planes de salud, es decir, las condiciones que rigen la relación entre el afiliado y el operador. Básicamente incluye la relación de servicios que ofrece la entidad, las exclusiones y preexistencias, la forma de pago, la terminación del acuerdo entre las partes, la vigencia y la firma de las partes.

Ahora bien, se consideran Prestadores de Servicios de Salud PSS que se encuentren habilitados, según inciso 7 del artículo 2 del Decreto 1011 de 2006, anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006, y el literal a) del artículo 3 del Decreto 4747 de 2007 los siguientes:

- A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS),
- Los Profesionales Independientes de Salud y
- Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.
- Los Prestadores de servicios con objeto social diferente

En el caso de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, el artículo 185 de la Ley 100 de 1993, señala que "son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley." (...)

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud." Hoy Ministerio de la Protección Social. (Las subrayas no son del texto).

Las instituciones prestadoras de salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud Numeral 3º, artículo 155 Ley 100 de 1993., organizadas exclusivamente para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas. (Literal i, artículo 156, Ley 100 de 1993)

En consecuencia, al ser el Sistema General de Seguridad Social en Salud reglado, cada uno de los integrantes deben desarrollar y cumplir los roles para los cuales han sido autorizados, en consecuencia los planes voluntarios solo podrán ser ofrecidos, por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las Compañías de Medicina Prepagada y las Aseguradoras.

Por último, en el evento de que un Prestador de Servicios de Salud pretenda ofertar planes voluntarios de salud, deberá en primer lugar reportar ante la Secretaria de Salud respectiva la novedad de no continuar como prestador de servicios de salud en cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 1011 de 2006; en segundo lugar, acudir ante este Organismo de inspección, vigilancia y control a efectos de presentar la documentación contenida en el Capítulo II del Título II de la Circular 047 de 2007 y así obtener la autorización para ofertar los planes en comento.

Por último, respecto al tema de los servicios de ambulancia prepagada se debe tener en cuenta lo señalado en el numeral 2.7 del capítulo II del Título II de la circular anteriormente citada, el cual guarda concordancia con el Título II del Decreto 1486 de 1994.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,
Angela Patricia Rojas Combariza
Jefe De Oficina Asesora Juridica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-078244**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-078244**
Fecha 09/10/2013 07:31 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS - SECRETARÍA
SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
Copia

Referencia: **CONFLICTOS DE INTERÉS EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA**

Referenciado:

Respetada Doctora Blanca Nelly:

La Oficina Asesora Jurídica conforme a la competencia asignada en el artículo 9° del Decreto 1018 de 2007, emite concepto sobre la posible configuración, o no, de un conflicto de intereses en el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control que el Departamento de Antioquia por conducto de su Secretaría Departamental de Salud, ejerce sobre la Entidad Promotora de Salud “Savia Salud”, de la cual es socia y hace parte de su composición accionaria.

En Colombia los conflictos de intereses se encuentran regulados en un régimen de prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades de orden constitucional o legal, que buscan garantizar la transparencia democrática y que por su alcance y fundamento resultan fundamentales en la gestión de la administración pública.

Jurisprudencialmente el conflicto de intereses es definido, como aquella circunstancia de concurrencia antagónica entre el interés particular y el interés público que afecta la toma de decisiones. (Cfr. Consejo de Estado-Sala de Consulta y Servicio Civil, Concepto 1572 de 28 de abril de 2004).

Su finalidad es impedir que prevalezca el interés privado sobre el interés público, para impedir provechos indebidos, evitar favorecer intereses que no sean los relativos al bien común, o para impedir que la imparcialidad en las decisiones se vea comprometida o afectada por razón de intereses particulares.

La configuración de una causal de esta naturaleza, comporta necesariamente la existencia de un interés privado que compromete objetivamente la intangibilidad del interés general perseguido en el ejercicio de la función pública, y que tiene lugar cuando surgen intereses representados en derechos subjetivos.

En el presente caso, se evidencia que la Entidad Promotora de Salud de naturaleza mixta denominada "**Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S.**", cuya razón social es "**Savia Salud**", tiene una composición accionaria constituida principalmente por tres accionistas:

- a) El Departamento de Antioquia con una participación del 36.65%,
- b) El municipio de Medellín con una participación del 36.65%, y
- c) La Caja de Compensación Familiar "COMFAMA", con igual porcentaje de participación.

Teniendo en cuenta que la Ley 715 de 2001 asignó a los entes territoriales funciones de inspección, vigilancia y control, en su ejercicio podrían concurrir intereses privados producto del interés particular del ente Departamental en su condición de socio de dicha EPS, y el interés general del Estado en el ejercicio de las funciones de supervisión, a través de la Secretaría Departamental de Salud, lo que podría afectar el desarrollo adecuado de las mismas.

Téngase en cuenta, que en materia de salud la Ley asignó, entre otras, las siguientes funciones de inspección, vigilancia y control a los Departamentos:

-Dirección del sector salud en el ámbito departamental (Art. 43-1 Ley 715 de 2001).

-Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud. (Art. 43.1.4 Ley 715)

-Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.- Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación. (Art. 43.2.1 Ley 715 de 2001)

-Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado. (Art. 43.3.9 Ley 715 de 2001)

-Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Art. 4.4.1. Ley 715 de 2001)

Concordante con lo anterior, el artículo 216-7 de la Ley 100 de 1993 establece que los fondos seccionales y distritales de salud, deben girar a las Empresas Promotoras de Salud que administran el Régimen Subsidiado, el valor de la UPC según el número de afiliados.

Igualmente, debe tenerse en cuenta que el Aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se efectúa a través de las Entidades Promotoras de Salud, lo que conlleva a que la Secretaría Departamental de Salud de Antioquia ejerza la vigilancia y el control sobre la Entidad Promotora de Salud, generándose potenciales conflictos de interés, dada la concurrencia de intereses inconciliables en esta materia.

Como se observa, se trata de un amplio catálogo de competencias que en materia de inspección, vigilancia y control fueron asignadas a los entes Departamentales, que podrían verse afectadas por la concurrencia del interés particular que le asiste al

Departamento de Antioquia como accionista de la EPS, con el interés general que reviste el ejercicio de las funciones de inspección vigilancia y control sobre la Empresa Promotora de Salud de la cual es accionista.

En consecuencia, resulta contradictorio que el Departamento de Antioquia cumpla con esa función, dada su doble condición que ostenta, por una parte la de ser accionista, y por otra, la de ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia, porque en la práctica ello se traduciría en una **vigilancia y control para sí mismo**.

Por lo anterior, el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Entidad Promotora de Salud "**Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S.**" corresponde de manera preferente por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el literal e) del artículo 40 de la Ley 1122 de 2007, disposición según la cual es función de esta Superintendencia ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados.

Lo anterior tiene por objeto garantizar en el campo de la función pública la más absoluta independencia e imparcialidad, con un claro criterio de sana moralidad administrativa.

Finalmente no debe perderse de vista, que el artículo 40 de la Ley 734 de 2002, dispone que *"Todo servidor público deberá declararse impedido para actuar en un asunto cuando tenga interés particular y directo en su regulación, gestión, control o decisión, o lo tuviere su cónyuge, compañero o compañera permanente, o alguno de sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o su socio o socios de hecho o de derecho. Cuando el interés general, propio de la función pública, entre en conflicto con un interés particular y directo del servidor público deberá declararse impedido"*.

El anterior concepto se emite en los términos y con el alcance establecido en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,
Angela Patricia Rojas Combariza
Jefe De Oficina Asesora Juridica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-078809**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-078809**
Fecha 11/10/2013 11:22 a.m.
Folios Anexos:
Origen Oficina Asesora Jurídica
Destino Jhonatan Espinosa Gonzalez.
Copia

Referencia: **CONCEPTO RELACIONADO CON LA INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA.**

Referenciado: 1-2013-062091

Respetado Señor Jhonatan Espinosa:

La Oficina Asesora Jurídica, en el ámbito de la competencia asignada en el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, frente a la consulta formulada emite respuesta en los siguientes términos:

En relación con al primer interrogante, la Oficina Asesora Jurídica manifiesta lo siguiente: Los procesos de toma de posesión se rigen por lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y sus decretos reglamentarios, de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 2º del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, el inciso 1º del artículo 6º del Decreto 506 de 2005, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, hasta tanto el Gobierno Nacional reglamente la materia.

La medida de intervención, tiene un procedimiento propio y especial contemplado en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y sus decretos reglamentarios, procedimiento expedito, eficaz e idóneo para preservar y proteger el derecho fundamental de la salud, sin que ello implique desconocimiento o vulneración del debido proceso, la cual tiene por objeto determinar si la empresa será objeto de liquidación, o si es posible que realizando diferentes acciones, esta pueda desarrollar adecuadamente su objeto social. Por lo anterior, la intervención forzosa administrativa, tiene como propósito de salvaguardar la prestación del servicio de salud y de los recursos de Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Debe tenerse en cuenta que en los procesos de toma de posesión incluyen los bienes y haberes de las empresas objeto de la medida, para lo cual se ordena la inscripción de dicha medida en los registros en los instrumentos públicos respectivos; en el caso que nos ocupa las acciones de una empresa intervenida, hacen parte de los bienes y haberes que se toman en posesión, bienes que en últimas son garantía no solo para la prestación

del servicio de salud sino de los recursos del sistema, cuya protección es el objetivo principal de estas medidas de intervención.

De igual forma, debe recordarse que los cambios de propiedad deben ser aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud estando o no en medida de intervención.

Frente al segundo interrogante, se insiste en que la toma de posesión es una medida de intervención de la cual goza el estado y que fue otorgada a la Superintendencia Nacional de Salud, como una medida preventiva para salvaguardar la prestación del servicio de salud y de los recursos del Sistema General de Seguridad Social. Conforme a lo anterior, la normatividad que rige la materia es clara en determinar que la administración de la empresa pasa a ser responsabilidad directa del Agente Especial designado, quien asume las funciones del representante Legal y de la Junta Directiva, gestión que deberá ser orientada a cumplir con los objetivos antes citados los cuales son de interés general y en consecuencia los derechos de los socios (interés particular) deben ceder a estos y no podrán adoptar medidas o decisiones que le sean contrarias a lo que se disponga durante la medida de intervención.

El anterior concepto se emite en los términos y con el alcance señalado en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,
Angela Patricia Rojas C
Jefe De Oficina Asesora Juridica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-081963**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-081963**
Fecha 24/10/2013 04:59 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino LINDE COLOMBIA S.A.
Copia

Referencia: **CONSULTA VALIDEZ LEGAL DE LAS DENOMINADAS PRE-AUTORIZACIONES**
Referenciado: 1-2013-078269

Respetado Doctor Páez Melo:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9º del Decreto 1018 de 2007, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

Es pertinente aclararle que dentro de las competencias asignadas a este organismo de inspección, vigilancia y control en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011 y el Decreto 1018 de 2007, no se encuentra la de pronunciarse sobre la legalidad o no del documento denominado pre-autorización.

Precisando que la Superintendencia Nacional de Salud, es un organismo de carácter técnico, que como máximo órgano de control del Sistema General de Seguridad Social en Salud debe propugnar porque los Integrantes del mismo cumplan a cabalidad los ejes de financiamiento, Aseguramiento, Prestación de Servicios de Atención Pública, Atención al Usuario y Participación Social, eje de Acciones y Medidas Especiales, Información y Focalización de los subsidios de salud.

En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud y conforme a lo dispuesto en el Título II de la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud tanto del régimen contributivo como subsidiado en calidad de entes aseguradores en salud no solo serán responsable de garantizar la red prestadora de servicios de salud, sino la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud.

Aunado a lo anterior, la Circular Externa 066 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, prevé:

"se entiende por aseguramiento en salud:

1. La administración del riesgo financiero,
2. La gestión del riesgo en salud,
3. La articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo,
4. La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y
5. La representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, este es, la salud y la vida del usuario afiliado.

Los aseguradores en salud deben coordinar las pautas necesarias para los procedimientos, ser diligentes y prudente en todos los contratos, y además, actuar con buena fe; si esto se aplica no tiene porque presentarse problemas en la atención de los servicios de salud. Lo que sí no se puede es desplazar la falta de diligencia al paciente para que pague, ya que todos somos pacientes potenciales, y lo que se está haciendo es proteger a la sociedad.

Los aseguradores en salud deberán exigirle a sus prestadores de servicios de salud PSS que cumplan con los manuales de los procedimientos y que los firmen. Se entiende que toda actividad, procedimiento e intervención en salud tienen un protocolo y si estos se siguen disminuyen las responsabilidades y establecen una forma de salir a la defensa, en estos casos. El deber no es solo hacer la actividad, procedimiento o intervención, sino también todo lo correspondiente para que sea exitosa.

Conforme a lo establecido por el artículo 38 del Decreto 1011 de 2006, los aseguradores en salud incorporaran, en sus Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de los aseguradores en salud de acuerdo con lo definido en el artículo 50 del Decreto 1011 de 2006.

RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

A quien se afilia el usuario es al asegurador en salud, no al prestador de servicios de salud, quien se compromete en la calidad, oportunidad, eficiencia en el servicio, en el manejo de la salud, en el manejo de la vida, es el asegurador no el prestador, todo esto derivado de la responsabilidad

contractual establecida por la firma del contrato de aseguramiento entre el asegurador y el afiliado, y entre el asegurador y el alcalde municipal en el caso del régimen subsidiado.

Conforme a la definición del aseguramiento en salud, son los aseguradores en salud y no los PSS, los responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia, y eficacia de la prestación de los servicios de salud, y por ende, los que deberán responder por toda falla, falta, lesión, enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que el aseguramiento en salud, exige que el asegurador, asuma el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida del asegurado, y cumpla cabalmente con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud derivado esto, de las obligaciones y responsabilidades contractuales que surgen del CONTRATO DE ASEGURAMIENTO.

La asunción directa de las responsabilidades en materia de servicios de salud, serán por parte de quien asegura, quien es el verdadero y directo responsable CONTRACTUAL, y no del prestador de servicios de salud, quien responderá solidariamente con el asegurador, solo cuando el PSS, habiéndose entregado por el ASEGURADOR, los elementos clave de atención esto es los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, haya hecho caso omiso a estos y haya generado la lesión, enfermedad, o incapacidad en el usuario, por su omisión, arbitrariedad y el desconocimiento de lo ordenado, pactado y planteado por el asegurador en salud".

Es de señalar, que los contratos de prestación de servicios suscritos entre las Entidades Promotoras de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud se encuentran expresamente regulados por las disposiciones contenidas en el Decreto 4747 de 2007 por medio del cual se regulan aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud (PSS) y las entidades responsables del pago de los servicios de salud (ERP) de la población a su cargo.

Así mismo, señala unos requisitos mínimos que se deben tener en cuenta en la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, que suscriban las ERP y las prestadoras PSS, así como unas condiciones mínimas que deben incluirse en dichos acuerdos.

De conformidad con lo previsto en el Decreto 4747 de 2007, el entonces Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 3047 de 2008, adoptando entre otros, los formatos y procedimientos para la autorización de servicios de salud y el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas a que deben sujetarse las relaciones entre las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud.

La normativa en comento es clara en señalar, que no se podrá exigir soportes adicionales o dilatar mediante otros requerimientos la decisión sobre servicios de salud solicitados, sean ellos de carácter ambulatorio u hospitalario, como electivos.

A su vez, la Ley 1438 de 2011, estableció en su artículo 57, el trámite que deben seguir las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de dichos servicios, cuando las primeras glosen las facturas a tales prestadores, contemplando condiciones adicionales a las previstas en el Decreto número 4747 de 2007.

Conforme a la normativa anterior, tenemos que los contratos de prestación de servicios de salud están regidos por una reglamentación legal que en forma alguna puede desconocerse, y que como se indica, son requisitos y condiciones mínimas que deberán ser tenidas en cuenta por las partes, los prestadores de los servicios de salud PSS y la entidad responsable del pago de los servicios de salud ERP, las que de manera especial deberán tenerse en cuenta en el momento de la negociación y además, ser incluidas en el texto de los contratos, por lo que en materia de cláusulas, será posible incorporar todas aquellas que contribuyan a dar claridad y precisión a los derechos, obligaciones y responsabilidades asignadas a cada una de las partes.

Por tanto, ellas son apropiadas y coherentes, siempre y cuando no sean contrarias al espíritu de los contratos, a las normas que rigen el SGSSS, a la jurisprudencia que en materia de salud ha sido de apertura social en beneficio del usuario, al señalar que en la prestación de los servicios de salud no deben existir barreras para el acceso a los servicios, puesto que, toda cláusula que contravenga tales derroteros es violatoria de los principios que deben regir los contratos.

En este orden de ideas, y teniendo en cuenta que en su escrito se relacionan conductas presuntamente irregulares, la Oficina Asesora Jurídica ha dado traslado a la Delegada Para la Atención en Salud a fin de que en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control adelante las acciones administrativas a que haya lugar con ocasión de la conducta asumida por las Entidades Promotoras de Salud.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,
Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-081965**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-081965**
Fecha 24/10/2013 05:01 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino CLÍNICA MEDILASER
Copia

Referencia: **CONCEPTO PAGO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS A RECIÉN
NACIDO POR NO EXISTIR AUTORIZACIÓN**
Referenciado: 1-2013-082626

Respetado Doctor Vargas Granados:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

De conformidad con los postulados constitucionales y legales contenidos en el artículo 44 de la Constitución Política, el parágrafo 2º del artículo 163 de la Ley 100 de 1993 y el numeral 13 del artículo 41 de la Ley 1098 de 2006 y el Acuerdo 415 de 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la salud y la seguridad social de los niños es un derecho fundamental, concordante con lo cual, los recién nacidos tienen derecho a la afiliación automática a la Entidad Promotora de Salud a la que se encuentre afiliada la madre gozando el nuevo beneficiario de todos los beneficios que brinda el Plan Obligatorio de Salud POS, pudiendo concluir que el Plan Obligatorio de Salud es de Cobertura Familiar.

Igualmente, el artículo 50 de la Constitución Política prevé que Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado.

Concordante con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social como ente regulador del Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto a la atención y afiliación al recién nacido dispuso a través de la Circular 0024 de 2012:

“El Ministerio de Salud y Protección Social al amparo de los mandatos constitucionales y legales relacionados con la atención y protección de los menores y especialmente, en el marco de lo dispuesto en el artículo 44 de la Constitución Política, el parágrafo 2º del artículo 163 de la Ley 100 de 1993 y el

numeral 13 del artículo 41 de la Ley 1098 de 2006, a cuyo tenor, la salud y la seguridad social de los niños es un derecho fundamental, concordante con lo cual, los recién nacidos tienen derecho a la afiliación automática a la Entidad Promotora de Salud a la que se encuentre afiliada su madre, y con ocasión de las múltiples peticiones, quejas y reclamos presentadas por los usuarios ante este Ministerio, relacionadas con la falta de atención y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto de los recién nacidos como de los menores de un (1) año, se permite impartir las siguientes instrucciones orientadas a la garantía de la protección y atención de manera integral en salud al citado grupo poblacional, así:

1. No exigencia de contrato o autorización previa para la atención en salud de los recién nacidos y menores de un (1) año

En ningún caso la atención de los recién nacidos y menores de un (1) año, estará supeditada a la existencia de contrato o autorización previa por parte de las Entidades Promotoras de Salud y/o Entidades Territoriales, en consecuencia, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud estarán obligadas a prestar el servicio y las EPS y Entidades Territoriales a realizar el pago correspondiente.

2. Afiliación en salud de los recién nacidos y menores de un (1) año

En consideración al carácter de derecho irrenunciable en que se erige la seguridad social conforme con lo estatuido en los artículos 2º, 48, 49 y 50 de la Constitución Política, la connotación de fundamental del derecho a la salud establecida a la luz del artículo 44 ibídem y lo dispuesto en el numeral 13 del artículo 41 de la Ley 1098 de 2006, normas acorde con las que debe garantizarse a los niños, niñas y adolescentes el acceso al Sistema la madre, proceder a la afiliación automática del recién nacido, independientemente del régimen al que esta pertenezca, para lo cual, bastará únicamente el certificado de nacido vivo. La afiliación garantizará la atención que requiera el recién nacido en la red prestadora de salud adscrita de la EPS.

Lo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de la responsabilidad de la madre o el padre de registrar al recién nacido dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento, registro que deberá allegarse y/o entregarse en la respectiva EPS con miras al adelanto de las actuaciones de orden administrativo y operativo, acompañado del formulario de afiliación y registro de la novedad de nacimiento en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.

La afiliación se entenderá a partir de la fecha de nacimiento y por tanto, la cobertura de servicios amparará al menor desde su nacimiento, sin que sea admisible la imposición de barreras de acceso a la afiliación del menor ni la exigencia o verificación de documento o requisito adicional.

Las EPS e IPS tendrán la responsabilidad de atender a todo niño y niña menor de un año hijo o hija de afiliada, independientemente de que sea integrante o no del grupo familiar del cotizante para el caso del Régimen Contributivo o del afiliado, tratándose del Régimen Subsidiado, no pudiendo apoyarse en ausencia

de normativa y casuística para eludir sus obligaciones constitucionales y legales sobre la materia.

3. Reconocimiento y pago de la UPC

El reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPC-S a favor de un recién nacido, hijo de un afiliado al Régimen Subsidiado, se efectuará a partir de la fecha de su nacimiento, tal como se establece en el artículo 25 del Acuerdo 415 de 2009, en concordancia con el parágrafo 2 del artículo 7° del Decreto 971 de 2011, modificado por los Decretos 1700 y 3830 de 2011, norma esta donde se señala que podrán reconocerse novedades de afiliación retroactivas generadas después del primero (1°) de abril de 2011 y registradas en la BDUA, hasta un (1) año después de la generación de las mismas.

Respecto del Régimen Contributivo, el pago de la UPC a la Entidad Promotora de Salud a la que se encuentre afiliada la madre del recién nacido, estará garantizado en cuanto su erogación se hará con cargo a los recursos de la Subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga. Para el caso de la madre que ostenta la calidad de beneficiada del cotizante, el pago se hará hasta el primer año de vida.

Finalmente, el incumplimiento de lo aquí establecido dará lugar a la imposición de las sanciones previstas en las normas vigentes, para lo cual la Superintendencia Nacional de Salud deberá adelantar las actuaciones que en el marco de sus competencias le corresponden."

En consecuencia, para la atención en salud de los recién nacidos y menores de una año no se exige contrato o autorización previa por parte de las Entidades Promotoras de Salud y/o Entidades Territoriales, por tal razón, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud estarán obligadas a prestar el servicio y las EPS y Entidades Territoriales a realizar el pago correspondiente.

Por último en caso de existir desacuerdo entre entidades pagadoras de servicios de salud y prestadores de servicios de salud en los mecanismos para obtener el pago de la prestación de servicios de salud por parte de los prestadores de servicios de salud, le informo que en virtud de lo dispuesto en los artículos 38 y 41 de la Ley 1122 de 2007 y los artículos 126, 127 y 138 de la Ley 1438 de 2011, permiten al prestador de servicios de salud acudir a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional, para dirimir los desacuerdos en materia de glosas, reconocimiento y pago que no hayan sido posible de solución directa.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,
Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-094638**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-094638**
Fecha 12/11/2013 07:46 a.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
INDÍGENA ESSALUD YAGUARA IPS-I
Copia

Referencia: **CONCEPTO RELACIONADO CON LA NATURALEZA Y OBLIGACIONES DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD INDÍGENAS**

Referenciado: 1-2013-088533

Respetado Señor Méndez Ramos:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9º del Decreto 1018 de 2007, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 25 de la Ley 691 de 2001 y para los efectos señalados en el literal f) del artículo 14 y los artículos 16 y 20 de la Ley 1122 de 2007, sobre la contratación de servicios de salud, las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado **le darán a las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas (IPSI) tratamiento de empresas sociales del Estado** (Artículo 1º, Decreto 4972 de 2007); en consecuencia las IPS I son de naturaleza pública (artículo 194 de la Ley 100 de 1993).

Las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas -IPS Indígenas cumplirán con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de la Protección Social lo ajustará a los usos, costumbres, y al modelo de atención especial indígena, en los servicios que lo requieran, para lo cual adelantará el proceso de concertación con las autoridades indígenas. (Artículo 2º, Decreto 4972 de 2007).

De conformidad con lo establecido por el inciso 7º del artículo 2º del Decreto 1011 de 2006, el anexo técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 y el Literal a, artículo 3º Decreto 4747 de 2007, se consideran Prestadores de Servicios de Salud PSS que se encuentren habilitados entre otros a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS-ESE-IPS Indígenas, Grupos de Práctica Profesional que

cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud), que cumplan con los requisitos de habilitación y sean incluidas en el Registro especial de Salud, ante las entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes o ante el Ministerio de la Protección Social, según lo establecido por el literal i) del artículo 156, los artículos 185, 194 a 197 de la Ley 100 de 1993, el literal a) del artículo 25 de la Ley 1122 de 2007, el Decreto 1876 de 1994, el Decreto 1011 de 2006, las Resoluciones 1043 de 2006, 1445, 1446, 1448 de 2006, 2599, 2680 y 3763 de 2007 del Ministerio de la Protección Social.

Conforme a los parámetros legales expuestos, la Superintendencia Nacional de Salud, expide la Circular Única 047 de 2007, la cual en su Título IV dedicado al tema de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, dispone que estas instituciones deberán dar cumplimiento a los requisitos del Decreto 1011 de 2006, en lo que tiene que ver al Sistema Único de Habilitación, por ser de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, así como la respectiva Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, ante la correspondiente Entidad Territorial, por cuanto toda Institución prestadora que quiera desempeñarse como tal y permanecer en el Sistema, debe habilitarse previamente, y en consecuencia proceder a su inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de salud ante la correspondiente Entidad Territorial, quien es la encargada de configurar las Bases de datos de estas Instituciones y remitirlas, tanto al Ministerio de la Protección Social, como a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo pertinente en materia de información.

Igualmente, en el Capítulo Segundo ibídem, modificado por la Circular Externa 049 de 2008, instruye a las Prestadoras de servicios de salud en todo lo que tiene que ver con el reporte de la información a que están obligadas estas instituciones frente a la Superintendencia Nacional de salud, en los siguientes términos:

“2. Instituciones obligadas a reportar”

“Todas la IPS están obligadas a reportar la información general, de calidad, financiera y contable a la Superintendencia Nacional de Salud.”

“Esta información deberá ser remitida de acuerdo con el periodo establecido en los anexos técnicos correspondientes.”

De conformidad con lo anterior, se puede concluir que todas las IPS públicas o privadas, conforme a las condiciones anotadas, están obligadas al reporte de la información, como en el caso objeto de consulta.

No obstante, la Circular en comento establece en su numeral 3 que **“se exceptúan del reporte de información financiera de que trata la presente Circular, aquellas personas jurídicas de objeto múltiple que cumplan con todos los requisitos que se enumeran a continuación:**

"3.1 Tenga habilitada sólo prestación de servicios de nivel bajo de complejidad."

"3.2 No vendan o presten servicios de salud a terceros."

"Para el efecto el representante legal de la persona jurídica deberá solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud el retiro de la base de datos, para lo cual anexará los siguientes documentos.

- *Certificado de existencia y representación legal.*
- *Copia del Certificado de habilitación en la que se incluya los servicios que se tiene habilitados con su nivel de complejidad.*
- *Constancia firmada por el representante legal en la que certifique que no venden o prestan servicios de salud a terceros." (Negrilla y subrayado fuera de texto)*

El Título III de la Circular Única establece que las Empresas Sociales del Estado o Instituciones de Servicios de Salud de naturaleza pública cuyo presupuesto anual sea igual o superior a diez mil (10.000) se encuentran obligadas a tener un revisor fiscal.

Finalmente, el Decreto Ley 019 de 2012, en su artículo 135 estableció que la posesión del Revisor Fiscal de las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud a que hace referencia los artículos 228 y 232 de la Ley 100 de 1993 y el numeral 21 del artículo 14 del Decreto 1018 de 2007, le corresponde a la Asamblea General de Accionistas o al máximo órgano de administración que lo designa en cada entidad o institución. Es responsabilidad de este organismo garantizar que la entidad cuente siempre con Revisor Fiscal Principal y Suplente, en los términos establecidos en el Código de Comercio.

Los informes del Revisor Fiscal deben ser remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, con la periodicidad y en los formatos establecidos para tal fin.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres

Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-094639**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-094639**
Fecha 12/11/2013 07:48 a.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y
CARCELARIO INPEC
Copia

Referencia: **CONSULTA RELACIONADA CON EL PAGO DE INCAPACIDADES DE 1 A 3 DIAS Y NO RECONOCIDAS POR LA EPS**

Referenciado: 1-2013-087890

Respetado doctor Ruiz Moreno:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9° del Decreto 1018 de 2007, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

La Ley 100 de 1993 en su artículo 206, establece que el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general o accidente común, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las Entidades Promotoras de Salud (EPS) podrán subcontratar con compañías aseguradoras.

Las disposiciones legales del sector público referentes a las prestaciones por enfermedad no profesional, son las contempladas por el artículo 20 del Decreto 2400 de 1968, el literal b) del artículo 18 del Decreto 3135 de 1968 y el artículo 9° del Decreto 1848 de 1969 que establecen que en caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional, los empleados públicos y trabajadores oficiales tendrán derecho a que la respectiva entidad de previsión social (hoy EPS) les pague, durante el tiempo de la enfermedad, las dos terceras (2/3) partes del sueldo o salario durante los primeros noventa (90) días, y la mitad del mismo por los noventa (90) días siguientes, si la incapacidad se prolongare. De acuerdo con el inciso 1° del párrafo del artículo 18 del Decreto Ley 3135 de 1968, la licencia por enfermedad, en este sector, no interrumpirá el tiempo de servicio.

El salario con el cual se pagará la incapacidad laboral en el sector público será con los factores salariales consagrados en el artículo 1 del Decreto 1158 de 1994.

De acuerdo con lo establecido por el parágrafo 1° del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, están a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los Tres (3) primeros días de incapacidad laboral originada por enfermedad general o accidente común, tanto en el sector público como en el privado, no siendo procedente descuento alguno al trabajador. En ningún caso dichas prestaciones serán asumidas por las Entidades Promotoras de Salud o demás entidades autorizadas para administrar el régimen contributivo en el SGSSS a las cuales se encuentren afiliados los incapacitados.

Con relación a si el reconocimiento de la incapacidad debe hacerse mediante acto administrativo, de manera atenta le manifiesto que debe aplicar el procedimiento que el INPEC tenga establecido para tal fin.

Para el acceso a las prestaciones económicas derivadas de la enfermedad general o accidente común, el artículo 15 del Decreto 047 de 2000 indica que para ingresar y ejercer los derechos dentro del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud es condición el pago completo de la cotización mensual.

De otra parte, el artículo 9° del Decreto 783 de 2000, indica respecto al acceso a las prestaciones económicas derivadas de la enfermedad general o accidente común, lo siguiente:

Artículo 9°. El numeral 1 del artículo 3° del Decreto 047 de 2000, quedará así:

"1. Incapacidad por enfermedad general. Para acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad por enfermedad general, los trabajadores dependientes e independientes deberán haber cotizado, un mínimo de cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa, sin perjuicio de las normas previstas para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme las reglas de control a la evasión."

En este orden de ideas, para que una EPS asuma el pago de una incapacidad por enfermedad general o accidente común, se requiere que se haya cotizado un mínimo de cuatro (4) semanas y que el pago de esa cotización haya sido en forma ininterrumpida y completa.

Conforme al parágrafo del numeral 1°, del artículo 3° del Decreto 047 de 2000, no habrá lugar a reconocimiento de prestaciones económicas por concepto de incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del sistema general de seguridad social en salud, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o sus complicaciones, los cuales se encuentran expresamente excluidos de los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De otro lado, de acuerdo con lo definido por el artículo 21 del Decreto 1804 de 1999, para efectos del reembolso o pago de la incapacidad por enfermedad general o accidente común, los empleadores o trabajadores independientes, y personas con capacidad de pago, tendrán derecho a solicitarlo, siempre que al momento de la solicitud y durante la licencia, se encuentren cumpliendo con las siguientes reglas:

1. Haber cancelado en forma completa sus cotizaciones como Empleador durante el año anterior a la fecha de solicitud frente a todos sus trabajadores. Igual regla se aplicará al trabajador independiente, en relación con los aportes que debe pagar al Sistema. Los pagos a que alude el presente numeral, deberán haberse efectuado en forma oportuna por lo menos durante cuatro (4) meses de los seis (6) meses anteriores a la fecha de causación del derecho.

Cuando el empleador reporte la novedad de ingreso del trabajador, o el trabajador independiente ingrese por primera vez al Sistema, el período de que trata el presente numeral se empezará a contar desde tales fechas, siempre y cuando dichos reportes de novedad o ingreso al Sistema se hayan efectuado en la oportunidad en que así lo establezcan las disposiciones legales y reglamentarias.

2. No tener deuda pendiente con las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por concepto de reembolsos que deba efectuar a dichas entidades, y conforme a las disposiciones vigentes sobre restricción de acceso a los servicios asistenciales en caso de mora.

3. Haber suministrado información veraz dentro de los documentos de afiliación y de autoliquidación de aportes al Sistema.

4. No haber omitido su deber de cumplir con las reglas sobre períodos mínimos para ejercer el derecho a la movilidad durante los dos años anteriores a la exigencia del derecho, evento en el cual, a más de la pérdida de los derechos económicos, empleado y empleador deberán responder en forma solidaria por los aportes y demás pagos a la entidad promotora de salud de la que pretenden desvincularse o se desvincularon irregularmente.

Para este efecto, los pagos que deberán realizar serán equivalentes a las sumas que falten para completar el respectivo año de cotización ante la entidad de la que se han desvinculado, entidad que deberá realizar la compensación una vez reciba las sumas correspondientes.

5. No tratarse de incapacidad generada por la atención de una exclusión del Plan Obligatorio de Salud o las complicaciones de dichas exclusiones, conforme las disposiciones legales.

Serán de cargo del Empleador el valor de las incapacidades por enfermedad general o accidente común a que tengan derecho sus trabajadores, en los eventos en que no proceda el reembolso de las mismas por parte de la EPS, o en el evento en que dicho empleador incurra en mora, durante el período que dure la incapacidad por enfermedad general o accidente común, en el pago de las cotizaciones correspondientes a cualquiera de sus trabajadores frente al sistema.

Es de señalar, que con la expedición del Decreto Ley 019 de 2012, las prestaciones a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del régimen contributivo, concretamente las relacionadas con el reconocimiento y pago de la incapacidad derivada por enfermedad de origen común, el gobierno nacional, con la expedición de la norma en mención, señaló que este tipo de trámites y diligencias deben ser asumidos de manera directa por los empleadores o empresarios y no por los trabajadores, quienes en virtud de su incapacidad, no están en las condiciones físicas y de sanidad adecuadas para conseguir de las EPS el reconocimiento de las prestaciones a que tienen derecho.

En virtud de lo anterior el artículo 121 del Decreto 019 de 2012, dispuso:

“TRÁMITE DE RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD. El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.

Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia”. (Negrilla fuera de texto)

Así las cosas, con la entrada en vigencia del Decreto precitado, en adelante serán los empleadores y no los trabajadores quienes tendrán que tramitar ante la respectiva EPS el reconocimiento y pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad una vez el afiliado trabajador, le haga entrega del certificado original de la incapacidad o licencia al empleador, y este a su vez diligencie y radique el formato de solicitud de reconocimiento de prestaciones económicas ante la EPS.

Igualmente, el empleador tiene el deber de gestionar ante la EPS la transcripción cuando haya lugar a ello, es decir que en el caso de una incapacidad que concede un médico ajeno a la red de prestadores de la EPS, le corresponde al empleador tramitar la transcripción de la incapacidad, caso en el cual, se requerirá que una vez comunicado por el trabajador su incapacidad o licencia, éste la allegue ante su empleador para que proceda a solicitar la transcripción.

Por último, en el evento en que exista conflicto entre la EPS y el cotizante para el reconocimiento y pago de incapacidades generales podrán acudir a la

Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación con el fin de solicitar el respectivo reembolso. (Ley 1438 de 2011, artículo 126)

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-099715**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-099715**
Fecha 13/11/2013 06:54 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO
PERDOMO E.S.E.
Copia

Referencia: **CONSULTA- GLOSAS BASES DE DATOS DE AFILIADOS**
Referenciado: 1-2013-076262

Respetada doctora Otero L.

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

Las Entidades responsable de Pago, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de Salud habilitados, tal como lo prevé el artículo 7 del decreto Ley 1281 de 2002, el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, concordante con el Decreto 4747 de 2007 y las Resoluciones 3047 de 2008, 416 y 3253 de 2009 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que las reglamenten, concordante con el Título VI, Capítulo I de la Ley 1438 de 2011, es decir, que el procedimiento se encuentra debidamente reglado, implicando que los diferentes actores deben sujetarse a las disposiciones legales allí descritas.

Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del parágrafo 1º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades.

De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea, **no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.**

En caso de no contar con la información actualizada en línea, las entidades responsables del pago de servicios de salud ERP, deberán entregar y actualizar la

información por los medios disponibles establecidos en el contrato de prestación de servicios de salud y en los términos perentorios que en dichos contratos se establezcan. (Parágrafo 1 del artículo 6 del Decreto 4747 de 2007)

De conformidad con lo previsto en el Decreto número 4747 de 2007, el entonces Ministerio de la Protección Social, expidió la Resolución número 3047 de 2008, adoptando entre otros, los formatos y procedimientos para la autorización de servicios de salud y el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas a que deben sujetarse las relaciones entre las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud.

A su vez, la Ley 1438 de 2011, estableció en su artículo 57, el trámite que deben seguir las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de dichos servicios, cuando las primeras glosen las facturas a tales prestadores, contemplando condiciones adicionales a las previstas en el Decreto número 4747 de 2007.

Con la expedición del Decreto Ley 019 de 2012, el artículo 120 dispuso que tratándose de la atención ambulatoria, con internación, domiciliaria, de urgencias e inicial de urgencias, el trámite de autorización para la prestación de servicios de salud lo efectuará de manera directa la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS, ante la Entidad Promotora de Salud - EPS, lo cual hizo necesario modificar algunos de los formatos y procedimientos adoptados mediante la Resolución número 3047 de 2008, de manera tal que se simplifiquen los trámites por parte de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y así mismo, se dictaron disposiciones inherentes a las relaciones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, en su calidad de ente regulador del Sistema General de Seguridad Social en Salud profirió la Resolución 4331 del 19 de diciembre de 2012, estableciendo en su Artículo 5° la Adición de los códigos específicos y el Manual de Uso, señalados en la Tabla número 3 Código de Glosas del Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas, contenida en el Anexo Técnico número 6 de la Resolución número 3047 de 2008,

Las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 en sus artículos 38 y 135 respectivamente, le otorgan facultades conciliatorias a la Superintendencia Nacional de Salud. De esta manera, si el Prestador de Servicios de Salud decide optar por el mecanismo alternativo de resolución de conflictos de conciliación podrá realizarse previo el lleno de los requisitos, los cuales se encuentran señalados en la página web supersalud.gov.co, link conózcenos función Jurisdiccional y de Conciliación.

Se precisa, que la conciliación realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, constituye un mecanismo alternativo para la solución de conflictos, que se lleva a cabo mediante la intervención de un conciliador, investido por excepción para administrar justicia en un caso determinado, y es voluntaria, y no puede ser

entendida como obligatoria en la medida en que se puede conciliar pero no se impone aceptar dicho medio; precisando que dicho mecanismo, no constituye un requisito previo para acudir a la vía judicial y lo que se busca con el mismo es descongestionar la administración judicial.

A su turno, el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, modificatorio del parágrafo 2º del artículo 41 de la ley 1122, señala que la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en salud.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-102518**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-102518**
Fecha 21/11/2013 04:45 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino CORTE CONSTITUCIONAL
Copia

Referencia:

OFICIO No. 3335.- EXPEDIENTE PE-040 PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA 209 DE 2013 SENADO - 267 DE 2013 CAMARA. POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

Referenciado:

1-2013-094183

Honorable Magistrado Mendoza Martelo:

NANCY ROCIO VALENZUELA TORRES , mayor de edad, con domicilio en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía número 41.791.318 de Bogotá y portadora de la tarjeta profesional número 63.400 del C. S del J., en mi condición de Jefe Encargada de la Oficina Asesora Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud, según Resolución No 01937 de 11 octubre de 2013 y Acta de Posesión 115 de 16 de octubre de 2013, con funciones para otorgar poder según Resolución No 535 de 2 de mayo de 2008, lo cual acredito con copia de los actos administrativos mencionados, en cumplimiento a lo ordenado en el numeral sexto del auto de fecha veintiséis (26) de julio de dos mil trece (2013), y de conformidad con el artículo 11 del Decreto 2067 de 1991, procedo a emitir pronunciamiento respecto de la exequibilidad del proyecto de Ley Estatutaria 209 de 2013, Senado, 267 de 2013 Cámara, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

De conformidad con lo establecido en el numeral 8º del artículo 242 de la Constitución Política, la Corte ejerce el control previo de constitucionalidad sobre los proyectos de leyes estatutarias, tanto por su contenido material como por vicios de procedimiento en su formación. A su vez el Artículo 152 señala, dentro de las materias que deben tramitarse mediante ley estatutaria las relativas a

“Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección”.

- **Antecedentes**

El proyecto de Ley Estatutaria que regula el derecho fundamental a la salud fue aprobado en sesiones conjuntas de las comisiones Primera del Senado de la República y la Cámara de Representantes el día 5 de junio de 2013.

Así mismo fue aprobado en sesión Plenaria del Senado la República el día 18 de Junio de 2013 y en la Cámara de Representantes en sesión Plenaria los días 17 y 18 de junio de 2013.

El día 20 de junio de 2013, las sesiones Plenarias del Senado y de la Cámara, respectivamente, aprobaron el informe de Conciliación, según lo informa el oficio de fecha 26 de junio de 2013, dirigido a la Corte Constitucional por el Presidente del Senado.

Dentro de las motivaciones del proyecto se destaca el establecimiento de mecanismos que permitan garantizar, proteger y materializar el derecho fundamental a la salud, como respuesta efectiva frente a las distintas situaciones que han impedido un goce efectivo del mismo.

- **Análisis del proyecto de la Ley Estatutaria.**

El Derecho a la atención en salud ha sido establecido en la Constitución Política de Colombia dentro del catálogo de los derechos sociales, económicos y culturales, no obstante debido a su trascendental importancia para el desarrollo mismo, de la sociedad y al ser el sustrato de otros derechos fundamentales como el derecho a la vida, el concepto del Derecho a la Salud ha evolucionado hasta llegar a convertirse en uno de los pilares fundantes del Estado en el cual se han orientado sus esfuerzos para lograr su satisfacción.

En este punto es importante señalar que al proyecto se da el trámite correspondiente a las leyes estatutarias, atendiendo la naturaleza del derecho a la salud, evidenciado en distintos pronunciamientos de la Corte Constitucional en los cuales se protege el derecho a la salud como derecho fundamental autónomo.

Así, por ejemplo, en la Sentencia SU-819 de 1999 se afirma que *“la Corte ha sido reiterativa en manifestar que la condición meramente programática de los derechos económicos, sociales y culturales tiende a transmutarse hacia un derecho subjetivo, en la medida en que se creen los elementos que le permitan a la persona exigir del Estado la obligación de ejecutar una prestación determinada, consolidándose entonces (el deber asistencial), en una realidad concreta en favor*

de un sujeto específico”, al tiempo que en la Sentencia T-760 de 2008 se señala categóricamente que “El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías...” (Subrayado fuera de texto).

El derecho a la salud, lo encontramos consagrado en la norma superior en los artículos 44, 48 y 49, no obstante para el goce efectivo del mismo, en el marco del Estado Social de Derecho consagrado por la Constitución, se debe tener en cuenta lo establecido en los artículos 1, 2, 11, 13, 47, 89, 365 y 366 entre otros.

El Congreso de la República ha regulado el Derecho a la Salud a través de la Ley Estatutaria que se estudia, la cual en primer término establece el carácter fundamental, autónomo e irrenunciable del derecho, lo que en concepto de esta Superintendencia resulta coherente con lo establecido por la Honorable Corte Constitucional en múltiples pronunciamientos.

En cuanto al Capítulo Primero resulta plausible la concepción del derecho a la salud desde sus etapas tempranas de promoción y prevención, pues de esta forma se da un nuevo enfoque al actuar de los actores del sistema de salud, encaminado al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios previniendo la enfermedad a través de la educación y beneficiando al mismo tiempo la sostenibilidad del sistema al reducir los mayores gastos que conlleva el tratamiento sobre la prevención, lo anterior, sin dejar de lado las fases de diagnóstico, tratamiento y paliación, con las que se otorga un talante integral al contenido mismo del derecho.

Igualmente, se reafirma la posición predominante del Estado dentro del esquema de prestación del servicio de salud, otorgándole un papel activo en la fijación de políticas que permitan el acceso de la población en general y el control que debe ejercer para mantener unos estándares de calidad elevados en beneficio de toda la comunidad, lo que a todas luces resulta ajustado a los fines establecidos en el texto constitucional.

Así mismo, se observa que, al fijar el legislador los principios fundantes del derecho a la salud, tuvo en cuenta, entre otros, aspectos como la Universalidad, la Favorabilidad interpretativa de las normas, la Equidad, la Continuidad y Oportunidad en la prestación del servicio, la Prevalencia del derecho, la Libre elección, la Solidaridad, la Eficiencia y el reconocimiento a la diversidad étnica y cultural de la población del país, cumpliendo así con los postulados consagrados en el Artículo 2º Constitucional.

De otra parte se establecen obligaciones claras en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de evaluar periódicamente el estado del sistema y de la satisfacción del derecho a la salud, lo cual redundará en un conocimiento profundo y real del sistema mismo, lo que asegura una implementación de políticas eficientes para su mejoramiento.

Se reafirma el principio de integralidad en la prestación de los servicios de salud como núcleo esencial del derecho y correlativa obligación de los actores del sistema, y por primera vez se reconoce la incidencia de factores sociales, culturales y económicos en la salud de la población en general, ordenando la inclusión de estos factores dentro de las variables a tener en cuenta al momento de fijar las políticas públicas de salud y de iniciar campañas de promoción y prevención en salud; se da con esto un paso significativo hacia la concepción integral de la seguridad social en el país.

De otra parte, la protección especial de la que deben ser objeto las personas en estado de indefensión o de vulnerabilidad se fortalece, atendiendo de esta forma el mandato constitucional contenido en el inciso segundo del Artículo 13 Superior.

El Capítulo segundo, avanza significativamente en el campo de la participación ciudadana activa en la fijación de las políticas públicas, en la veeduría del sistema y en la definición misma de los contenidos prestacionales del derecho a la salud, lo cual se considera de suma importancia dentro de la estructura de Estado Social de Derecho, Democrático, Participativo y Pluralista; pues permite la intervención directa de la ciudadanía en defensa de sus derechos y opiniones, cumpliendo así con los postulados fijados en el preámbulo y en el artículo 2° de la Constitución.

Asimismo, al fijar clara y expresamente la prohibición de negar la prestación de servicios con ocasión de la exigencia de autorizaciones administrativas entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades gestoras de servicios de salud, se conjura de forma definitiva una situación que durante años ha afectado el acceso de los usuarios al sistema, protegiendo un aspecto integrante del núcleo esencial de este derecho.

Igualmente se establecen las pautas para establecer mecanismos de protección efectiva del derecho, se reafirma la acción de tutela como la herramienta de defensa idónea para la protección de este derecho fundamental y delimita las actuaciones que pueden resultar nocivas para el sistema.

El Capítulo Tercero por su parte reconoce el papel preponderante de los profesionales de la salud, la importancia de mantener su autonomía para asegurar la calidad del servicio prestado y la imperativa necesidad de proteger la dignidad en el ejercicio de su profesión, todo lo anterior en desarrollo de los artículos 18 y 26 constitucionales.

Por último, el Capítulo Cuarto reitera la obligación del Estado de estructurar un sistema de información que le permita fijar unas políticas eficientes con una adecuada articulación intersectorial. Reconoce la importancia vital que reviste la actividad farmacéutica y los límites que han de imponerse a la misma en procura del interés general, especialmente en cuanto a la regulación de los precios con base en estándares internacionales y la importancia de abordar el servicio de

salud no solo desde la perspectiva empresarial sino desde la rentabilidad social, en especial en las zonas marginadas y con baja densidad demográfica.

Finalmente se establece la destinación exclusiva de los recursos del Sistema de Salud y la inembargabilidad de los mismos, otorgando así una herramienta que permitirá mantener la integridad de los recursos de la salud.

- **Conclusiones.**

Expuesto lo anterior la Superintendencia Nacional de Salud, luego de realizar una lectura y análisis del texto del proyecto de Ley Estatutaria por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, considera que la misma desarrolla ampliamente los principios del Estado Social de Derecho, se compadece de las necesidades actuales del país, y se constituye en una herramienta eficiente para superar la crisis de la Salud que se vive en la actualidad, por lo que solicita a esa Honorable Corporación se declare su EXEQUIBILIDAD.

En efecto, al proyecto se dio el trámite correspondiente a una ley estatutaria teniendo en cuenta la naturaleza del derecho fundamental a la salud, lo cual denota una coordinación y tratamiento consecuente por parte de las distintas ramas y órganos del Estado.

Así mismo y en cuanto a su contenido, el articulado del proyecto de Ley Estatutaria, no presenta contradicción alguna con las normas constitucionales, y antes por el contrario contempla importantes instrumentos que contribuyen a superar los graves problemas que padece el servicio público de salud, beneficiando a toda la población colombiana y en particular a los grupos que merecen especial protección.

En consecuencia, y dentro de los términos establecidos en el artículo 11 del Decreto 2067 de 1991, se emite el presente pronunciamiento, solicitando a la Honorable Corte Constitucional de manera respetuosa declarar **exequible** el proyecto de Ley Estatutaria 209 de 2013, Senado, 267 de 2013 Cámara, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-102553**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-102553**
Fecha 21/11/2013 05:44 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino Slehiman Monroy Bermudez
Copia

Referencia: **CONSULTA ASIGNACIÓN CITA MÉDICA CON ESPECIALISTA**
Referenciado: 1-2013-095020

Respetado Señor Monroy Bermúdez:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9º del Decreto 1018 de 2007 en aplicación de lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 123 y 124 del Decreto Ley 019 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de ente regulador del Sistema General de Seguridad Social en Salud por medio de la Resolución 1552 de 2013 dispuso en su artículo 1 que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de ambos regímenes, directamente o a través de la red de prestadores deben tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año.

Así mismo, señaló que una vez recibida la solicitud, para una cita de medicina especializada las entidades en comento deberán informar al usuario la fecha de su asignación, aclarando que en ningún momento les está permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida.

En aquellos casos en que la cita por medicina especializada requiera autorización previa por parte de la Entidad Promotora de Salud), esta deberá dar respuesta sin exceder los cinco (5) días hábiles, contados a partir de la solicitud.

Establece el artículo 5 de la Resolución 1552 de 2013 que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de ambos regímenes y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), incluirán en su Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, el análisis periódico de la información generada con aplicación de lo dispuesto en la presente resolución, así como de la pertinencia de la remisión a consulta especializada y de la contrarremisión oportuna al médico general, para

proceder a adecuar su red y optimizar la oportunidad de la consulta médica especializada. Esta información podrá ser solicitada en cualquier momento tanto por el Ministerio de Salud y Protección Social, como por la Superintendencia Nacional de Salud.

Por lo anterior, la Oficina Asesora Jurídica da traslado de su escrito a la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud de esta Entidad, para los fines pertinentes.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-102962**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-102962**
Fecha 22/11/2013 04:37 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino INTERGRÁFICAS S.A.
Copia

Referencia: **CONSULTA CUSTODIA Y ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS
OCUPACIONALES**

Referenciado: 1-2013-074529

Respetada doctora Ardila:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9° del Decreto 1018 de 2007, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

El artículo 2 de la Resolución 1918 de 2009, modificatorio del artículo [17](#) de la Resolución 2346 de 2007 prevé:

“Artículo 17. Custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales. Para la custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales se aplicarán las siguientes reglas:

1. La custodia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de Salud Ocupacional que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.

Los médicos especialistas en Medicina del Trabajo o Salud Ocupacional que formen parte de los servicios médicos de la empresa, tendrán la guarda y custodia de la historia clínica ocupacional y son responsables de garantizar su confidencialidad, conforme lo establece el artículo 16 de la Resolución 2346 de 2007 y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En ningún caso, los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador.

2. Los responsables de la custodia podrán entregar copia de la historia clínica ocupacional foliada al trabajador, cuando este lo solicite.

3. En caso de muerte del paciente, la copia de la historia clínica ocupacional será entregada únicamente al cónyuge, compañera (o) permanente, hijos y causahabientes, así como a aquellas personas autorizadas expresamente por la ley.

4. En el evento que los documentos de la historia clínica ocupacional se encuentren en diversas instituciones, la entidad o persona competente que requiera información contenida en ellos, podrá solicitar copia de los mismos a la entidad que los tiene a su cargo, previa autorización del paciente.

5. El responsable de la custodia debe dejar constancia del traslado de la copia de la historia clínica ocupacional entre entidades, mediante acta o registros de entrega y devolución, las cuales deberán ir firmadas por los funcionarios responsables de su custodia.

Parágrafo. *El archivo, seguridad, producción, recepción, distribución, consulta, organización, recuperación, disposición, conversión a sistemas de información, tiempo de conservación y disposición final de la historia clínica ocupacional, se regirán por las normas legales vigentes para la historia clínica y los parámetros definidos por el Ministerio de la Protección Social".*

Del citado reglamento legal se colige, que corresponde al prestador de servicios de salud ocupacional la administración y custodia de la historia clínica ocupacional cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.

Por lo anterior, la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, Hoy Ministerio de la Protección Social respecto a los medios técnicos de registro y conservación de la Historia Clínica previó que los Prestadores de Servicios de Salud están facultados para utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997, expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.

Igualmente, en resolución respecto al archivo, custodia y conservación establece:

"ARTICULO 12. OBLIGATORIEDAD DEL ARCHIVO. *Todos los prestadores de servicios de salud, deben tener un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e histórico, el cual será organizado y prestará los servicios pertinentes guardando los principios generales establecidos en el Acuerdo [07](#) de 1994, referente al Reglamento General*

de Archivos, expedido por el Archivo General de la Nación y demás normas que lo modifiquen o adicionen.

ARTICULO 13. CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

PARAGRAFO 1º. Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

PARAGRAFO 2º. En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

PARAGRAFO 3º. En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

ARTICULO 15. RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN. La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central.

Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

ARTICULO 16. SEGURIDAD DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS. El prestador de servicios de salud, debe archivar la historia clínica en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud y en general los prestadores encargados de la custodia de la historia clínica, deben velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado. "

Así mismo le informo, que las disposiciones normativas que regulan el manejo de las Historias Clínicas se encuentra consagrado en la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud hoy Ministerio de la Protección Social, el artículo 5 del Decreto 1725 de 1999, la Resolución 58 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, precisando que para efectos archivísticos se sujetará a lo consagrado en la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos), así como las diferentes normas que regulan la materia.

Posteriormente, el Decreto Ley 019 de 2012 en su artículo 110 respecto a la custodia y conservación de las historias clínicas previó:

Artículo 110. HISTORIAS Clínicas. El párrafo 3 del artículo 13 de la Ley 23 de 1981, quedará así:

"Párrafo 3. En caso de liquidación de una entidad perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, responsable de la custodia y conservación de las historias clínicas, esta entidad deberá entregar al usuario o a su representante legal la correspondiente historia clínica, para lo cual publicará como mínimo dos (2) avisos en un diario de amplia circulación nacional con un intervalo de ocho (8) días, en el cual se indicará el plazo y las condiciones para que los usuarios retiren sus historias clínicas, plazo que podrá extenderse hasta por dos (2) meses más, contada, a partir de la publicación del último aviso.

Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa levantará un acta con los datos de quienes no recogieron dichos documentos, y procederá a remitirla en cada caso a la última Entidad Promotora de Salud en la cual se encuentre afiliado el usuario, con copia a la dirección seccional, distrital o local de salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica.

La Entidad Promotora de Salud que reciba la historia clínica la conservará hasta por el término previsto legalmente."

De la norma transcrita se infiere que **es responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud la custodia y archivo de las historia clínicas (ocupacionales)**, considerando traer a colación lo señalado por la Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional en Sentencia T-443 del 12 de octubre de 1994:

"Consustancial al derecho de información mínima vital es el deber de mantener un archivo de la información que permita a los pacientes acceder todas las circunstancias relacionadas con la intervención médica, ya que su conocimiento

es condición necesaria para la efectividad de otros derechos fundamentales. La historia clínica, si bien representa parte importante de la memoria de las condiciones y el tratamiento seguido a una persona, no constituye toda la documentación existente en las entidades de salud respecto de una persona. La vulneración o amenaza del derecho a conocer una información personal puede presentarse, entonces, por la deficiente organización, conservación o custodia de los archivos de las entidades de salud”.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-102978**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-102978**
Fecha 22/11/2013 05:03 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino Juan José Uribe Montoya
Copia

Referencia: **CONSULTA RELACIONADA CON LA SUSCRIPCIÓN DE UN PAGARE POR CONCEPTO DE COPAGOS SEGÚN CORREOS 4-2013-071275 Y 4-2013-071987**

Referenciado: 4-2013-071275

Respetado Señor Uribe Montoya:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9° del Decreto 1018 de 2007 en aplicación de lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

Los copagos, a que están obligados los afiliados al régimen subsidiado, son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema, de conformidad con el artículo 2° del Acuerdo 260 del CNSSS.

Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, con excepción de: (Artículos 18, 19 y 54 de la Ley 1438 de 2011, y el artículo 7°, Acuerdo 260 del CNSSS)

1. *Los servicios de promoción y prevención.*
2. *Los programas de control en atención materno infantil.*
3. *Los programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.*
4. *Las enfermedades catastróficas o de alto costo.*
5. *La atención inicial de urgencias.*
6. *Los servicios sujetos a cuotas moderadoras, enunciados en el artículo 6° del Acuerdo 260 del CNSSS, esto es a:*
 - (i) *La consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.*
 - (ii) *La consulta externa por médico especialista.*

- (iii) *La fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.*
- (iv) *Los exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.*
- (v) *Los exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La atención en el servicio de urgencias que no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.*

7. Los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, para los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2.

8. Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente.

9. La prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual, que estén certificados por la autoridad competente.

Los copagos en el régimen subsidiado se pagarán según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén que tenga el afiliado, teniendo en cuenta el valor de las tarifas pactadas por la EPS-S con los PSS, de esta manera, el valor por concepto máximo de copagos para afiliados del nivel 2 y 3 del Sisbén es del 10% del valor de la cuenta.

Así mismo, los copagos que cobren las EPS-S por los servicios que no están exentos de estos, en el mismo año calendario por una patología específica incluida en el POSS, sin importar el número de servicios que se realicen por la patología específica, ni su cuantía, no podrán exceder de medio salario mínimo legal mensual vigente, según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén que tenga el afiliado.

Así mismo, los copagos que cobren las EPS-S por los servicios que no están exentos de estos, en un año calendario por las diferentes patologías incluidas en el POS-S, sin importar el número de servicios que se realicen por estas patologías, ni su cuantía, no podrán exceder de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén que tenga el afiliado.

No habrá copagos para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén o el instrumento que lo reemplace. (Inciso 3º, literal g, artículo 14º, Ley 1122 de 2007; Circular Externa No. 020 de 2007 del Ministerio de la Protección Social y ley 1438 de 2011 artículos 18, 19 y 54).

En las normas mencionadas, tan solo se estableció que no habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén o el instrumento que lo reemplace; quiere decir que las Cuotas de recuperación establecidas por el artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 se mantienen intactas en su cobro sobre los servicios no cubiertos por el POS-S que requiera el afiliado al régimen subsidiado.

De otra parte, no serán objeto del cobro de copagos las poblaciones especiales que se identifiquen mediante instrumentos diferentes al SISBEN, tales como listados censales u otros utilizados para su identificación por parte de las entidades responsables de las poblaciones de que trata el artículo 6º del Acuerdo 415, siempre y cuando presenten condiciones de pobreza similares a las del nivel I del SISBEN. (Inciso 1º, artículo 1º, Acuerdo 365 del CNSSS)

Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos (numeral 1º, artículo 11, Acuerdo 260 del CNSSS).

Así mismo, en el régimen subsidiado, según lo establece el artículo 12 del Acuerdo 260 del CNSSS, se prohíbe el cobro de copagos al control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones y a la atención del niño durante el primer año de vida.

La totalidad de los recaudos por concepto de copagos pertenecen a la EPS-S, quienes están en libertad para definir las frecuencias de aplicación de las cuotas moderadoras y copagos, para lo cual deberán tener en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de servicios, conforme a lo estipulado por el inciso 1º y 4º del artículo 13 del Acuerdo 260 del CNSSS.

La responsabilidad del recaudo de los copagos es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. (Artículo 26, Decreto 4747 de 2007)

Las EPS podrán establecer los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, estampillas, valeras o la cancelación en efectivo, directamente o mediante convenios con las IPS en los términos en que estas lo acuerden. En todo caso las EPS-S deberán aceptar el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado. (Inciso 3º, artículo 13º, Acuerdo 260 del CNSSS.)

En caso de que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestadores cuando exista un recaudo efectivo de su valor. (Artículo 26, Decreto 4747 de 2007).

Así mismo es necesario tener en cuenta que la Ley 1438 de 2011, enmarca en su artículo 139 los deberes y obligaciones de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), entre los cuales se establece en su numeral 6º, el de realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definen dentro del Sistema.

En lo que respecta a la constitución de garantías en favor de los Prestadores de Servicios de Salud, debe tenerse en cuenta que el Decreto 1725 de 1999 prevé en su artículo 3 que *"No se podrá exigir al usuario que firme documentos por los cuales se vea obligado a renunciar a sus derechos frente al Sistema, responsabilizando directa o indirectamente del pago de las obligaciones a cargo de entidades promotoras de salud; entidades de seguro; entidades de medicina prepagada o entidades frente a las cuales el usuario hubiera acreditado sistemas adicionales de cobertura"*

La normativa precitada es estricta en cuanto a la prohibición de exigir cualquier tipo de garantía, copago, abono, contrato o condicionar de alguna manera la prestación del servicio de atención, por cuanto con ello puede darse la vulneración de derechos fundamentales del paciente que los requiera.

En ese sentido se ha pronunciado la Corte Constitucional en diversas ocasiones. Así por ejemplo, en Sentencia T-370-98, M.P. Alfredo Beltrán Sierra, indicó:

"La protección y conservación del derecho a la vida escapa a cualquier discusión de carácter legal o contractual. No es aceptable que en un Estado Social de Derecho, fundado en el respeto de la dignidad humana, y en la conservación del valor de la vida, se pueda tolerar que ante el apremio de un individuo de recibir un tratamiento médico para conservar su existencia, se antepongan intereses de carácter económico, o una disposición de carácter legal. En casos de urgencia o gravedad comprobadas, no existe norma legal que ampare la negativa de prestar un servicio como el que reclamaba el actor. Pues, por encima de la legalidad y normatividad, está la vida, como fundamento de todo el sistema. Por tanto, en estos casos, los afiliados que no cumplan con los períodos mínimos de cotización y requieran ser tratados en razón de una enfermedad considerada catastrófica o ruinosa, sin tener los recursos necesarios para sufragar el porcentaje que les correspondería, tienen el derecho y las entidades el deber de atenderlos. Los costos de estos tratamientos, en primera instancia, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud a la que esté afiliado el usuario, que tendrá la acción de repetición contra del Estado, para recuperar aquellos valores que legalmente no estaba obligada a sufragar."

En la sentencia SU- 480 de 1997, expresamente se dijo: "*Si está de por medio la vida, y [el afiliado] no tiene dinero para acogerse a la opción del parágrafo 2º del artículo 26 del decreto 1938/94, la EPS lo debe tratar y la EPS podrá repetir contra el Estado, (...)*"

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,
Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-102994**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-102994**
Fecha 22/11/2013 06:05 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino Ruth Myriam Niño Ruiz
Copia

Referencia: **CONSULTA AFILIACIÓN DE BENEFICIARIO E INGRESO BASE DE COTIZACIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE**

Referenciado: 1-2013-074467

Respetada Señora Niño Ruiz:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9° del Decreto 1018 de 2007, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

El régimen contributivo en salud es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. (Artículo 202 de la Ley 100 de 1993, artículo 26 Decreto 806 de 1998)

Serán afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud los cotizantes, y los beneficiarios:

Cotizantes. (Artículo 202 de la Ley 100 de 1993; artículo 18° Ley 1122 de 2007; Ley 1233 de 2008, artículo 33 de la Ley 1438 de 2011; Numeral 1°, artículo 26 Decreto 806 de 1998; artículo 4°, Decreto 2400 de 2002; Decreto 4588 de 2006; Circular Externa 036 de 2007 del Ministerio de la Protección Social)

- Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país;
- Los servidores públicos;

- Los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes o sustitutos, tanto del sector público como del sector privado. En los casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes deberá afiliarse la persona beneficiaria de dicha sustitución o pensión o el cabeza de los beneficiarios;
- Los trabajadores independientes, informales de la economía, y los formales también llamados contratistas,
- Los asociados a Cooperativas de Trabajo Asociado,
- Los asociados a Empresas Asociativas de Trabajo,
- Los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas naturales con capacidad de pago residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador.

Señala el artículo 33 de la Ley 1438 de 2011 que se presume con capacidad de pago, y en consecuencia, están obligados a afiliarse al Régimen Contributivo o podrán ser afiliados oficiosamente:

- Las personas naturales declarantes del impuesto de renta y complementarios, impuesto a las ventas e impuesto de industria y comercio.
- Quienes tengan certificados de ingresos y retenciones que reflejen el ingreso establecido para pertenecer al Régimen Contributivo.
- Quienes cumplan con otros indicadores que establezca el Gobierno Nacional.

Beneficiarios. (Numeral 2º, artículo 26º, Decreto 806 de 1998)

Conforme a lo establecido por el inciso 1º del artículo 163 de la Ley 100 de 1993, y el artículo 34 del Decreto 806 de 1998, el grupo familiar del afiliado cotizante en el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estará constituido por:

- a) El cónyuge;
- b) A falta de cónyuge la compañera o compañero permanente;
- c) Los hijos menores de dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado;
- d) Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado;
- e) Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como lo establece el Decreto 1889 de 1994 y dependan económicamente del afiliado;
- f) Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales c) y d);
- g) A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.

Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia (parágrafo del artículo 34 del Decreto 806 de 1998).

Al señalar en su escrito, que su beneficiario posee un inmueble – bodega, del cual percibe una renta, la Oficina Asesora Jurídica considera traer a colación el significado de rentista según el Diccionario Manual de la Lengua Española Vox 2007 Larousse Editorial, 1 Persona que vive de sus rentas o de los ingresos que le producen sus inversiones.2 Persona que cobra o percibe una renta.

Al respecto, la Dirección de Impuestos Nacionales DIAN mediante concepto 075788 del 26 de noviembre de 2003, señaló que: “*la persona natural que en un año gravable recibe ingresos por concepto de arrendamientos es un rentista de capital y no un trabajador independiente...*”.

En consecuencia, el rentista, es cotizante obligatorio al Régimen Contributivo en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema General de Pensiones. Como tal, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud no puede afiliarse como beneficiario en el régimen contributivo, régimen excepcional en salud, o al Régimen Subsidiado en Salud, o presentar su clasificación por el SISBEN (**la cual no es un aseguramiento sino una Encuesta de Selección para subsidios del Estado**), para dar cumplimiento a esta obligación.

De igual manera, las personas que perciban ingresos suficientes deberán afiliarse en forma obligatoria tanto al Sistema General de Seguridad Social en Salud como al Sistema General de Pensiones definidos por las Leyes 100 de 1993, 797 y 860 de 2003.

La base de cotización de los trabajadores independientes al Sistema General de Pensiones, está determinada por el artículo 6º de la Ley 797 de 2003, que señala:

ARTÍCULO 6o. El artículo 19 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

Artículo 19. Base de cotización de los trabajadores independientes. Los afiliados al sistema que no estén vinculados mediante contrato de trabajo, contrato de prestación de servicios o como servidores públicos, cotizarán sobre los ingresos que declaren ante la entidad a la cual se afilien, guardando correspondencia con los ingresos efectivamente percibidos.

Cuando se trate de personas que el Gobierno Nacional haya determinado que deban ser subsidiadas temporalmente en sus aportes, deberán cubrir la diferencia entre la totalidad del aporte y el subsidio recibido.

En ningún caso la base de cotización podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente.

Así mismo, el Decreto 3085 de 2007, reglamentario del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, previó las obligaciones y deberes de los trabajadores independientes respecto a la presentación de la declaración anual de ingreso base de cotización, así como las modificaciones que en él se presenten la cual deberá ser presentada a más tardar en el mes de febrero de cada año, informado a las entidades administradoras del Sistema de la Protección Social a las que se encuentren afiliados, en la misma fecha prevista para el pago de sus aportes, el Ingreso Base de Cotización, IBC, que se tendrá en cuenta para liquidar sus aportes a partir del mes de febrero de cada año y hasta enero del año siguiente.

Señala la citada disposición normativa, que en todo caso el Ingreso Base de Cotización no podría ser inferior a un salario mínimo legal mensual, ni al porcentaje previsto en el artículo 18 de la Ley 1122 de 2007 y a su definición se continuará aplicando, cuando corresponda, el Sistema de Presunción de Ingresos.

En su artículo 2, el Decreto 3085 de 2007 señala que, el trabajador independiente deberá modificar la declaración Anual de IBC en aquellos casos en que se produzcan cambios en sus ingresos, para ello deberá modificar su declaración del Ingreso Base de Cotización, manualmente, en los formularios diseñados para el efecto, o de manera electrónica utilizando una de las siguientes novedades: "variación permanente de salario", cuando el trabajador independiente conozca con certeza el valor del ingreso mensual que percibirá durante un período de tiempo, o "variación temporal de salario", cuando se desconozca el monto real del citado ingreso.

La variación temporal antes mencionada, sólo será efectiva por un período máximo de tres (3) meses, período dentro del cual no se podrá realizar otra novedad de variación temporal.

Las variaciones del IBC anual causarán efectos exclusivamente hacia el futuro y cuando se realicen en formularios físicos, sólo serán efectivas una vez sean reportadas a todos los subsistemas de la Protección Social, respecto de los que se hubieren realizado aportes en el período anterior.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-103249**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-103249**
Fecha 25/11/2013 10:17 a.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino Henry Fernando Martínez Vega
Copia

Referencia: **CONSULTA - CUOTAS DE RECUPERACIÓN**
Referenciado: 4-2013-070296

Respetado Señor Martínez Vega:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con las funciones previstas en el artículo 9º del Decreto 1018 de 2007, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

Las Cuotas de Recuperación, son los dineros que debe pagar directamente a los Prestadores de Servicios de Salud el usuario pobre no asegurado y el afiliado al régimen subsidiado que requiera un servicio no cubierto por el régimen subsidiado. Inciso 1º, artículo 18º, Decreto 2357 de 1995; en consecuencia las enfermedad de alto costo al encontrarse dentro del Plan Obligatorio de Salud se encuentran exentas de dicho cobro.

De esta manera, la atención de la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas por subsidios a la demanda, estará sujeta a cuotas de recuperación y deducibles.

En ningún caso las cuotas de recuperación podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres, numerales 2 y 4, inciso 1, artículo 18, Decreto 2357 de 1995.

El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas establecidas en los contratos de prestación de servicios que para el evento se establezcan. Inciso 2º, artículo 18º, Decreto 2357 de 1995.

El monto de cuotas de recuperación, se encuentra limitado por un tope, no puede ser ilimitado, esto es, el máximo a cobrar por la atención de un mismo

evento, según lo establecido por los numerales 2, y 3, del artículo 18 del Decreto 2357 de 1995, entendiendo “por la atención de un mismo evento”, “el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario” (parágrafo, artículo 9º Acuerdo 260 CNSSS), así:

1. La población identificada en el nivel uno (1) del SISBEN o incluida en los listados censales pagarán **el 5%** del valor de los servicios.

2. La población identificada en el nivel dos (2) del SISBEN pagarán el 10% del valor de los servicios.

3. La población identificada en el nivel tres (3) del SISBEN pagarán hasta un máximo del 30% del valor de los servicios. Se ha entendido que la cuota de recuperación del nivel tres del sisben es del 30% para todos los efectos, sin considerar que la norma es muy clara en decir HASTA EL 30%, no el 30% del valor total de la atención.

Cuota de recuperación

INSTRUMENTO DE FOCALIZACION SISBEN/LISTADO CENSAL	CUOTA DE RECUPERACION (sobre Tarifas**)	CUOTA DE RECUPERACION POR EVENTO (en SMMLV*)
Listado Censal	5%	1
Sisben 1	5%	1
Sisben 2	10%	2
Sisben 3	Hasta el 30%	3

* SMMLV = Salario Mínimo Mensual Legal Vigente

** Tarifas = Las pactadas por el ET con los PSS o las del Manual Tarifario si el contrato es por capitación.

De esta manera, las cuotas de recuperación, que cobren los PSS por la atención de una misma patología específica, en el mismo año calendario, sin importar el número de servicios que se realicen por la patología específica, ni su cuantía, no podrán exceder el equivalente de un salario mínimo legal mensual vigente, a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes, en la población identificada en el nivel uno (1) del SISBEN o incluida en los listados censales, en la población identificada en el nivel dos (2) del SISBEN y en la población identificada en el nivel tres (3) del SISBEN, respectivamente.

Así mismo, corresponderá al prestador de servicios de salud contratado y al órgano máximo de dirección de salud de la entidad territorial competente, el deber de informar a la comunidad y a la respectiva alcaldía Municipal, la obligatoriedad de la identificación, a través de la aplicación de la Encuesta del

Sisben o de su inclusión en el Listado Censal, que garantice, el reconocimiento del nivel o condición de vida y la capacidad de pago, que permita su atención con el cobro de las Cuotas de Recuperación según su clasificación por el SISBEN o su inclusión en el Listado Censal.

Una vez esta población, sea identificada por el SISBEN o incluida en LISTADO CENSAL, pagarán cuotas de recuperación según la clasificación por listado censal y según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén que tenga el usuario.

La atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de cuotas de recuperación:

1. *Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, según el numeral 1° del artículo 18 del Decreto 2357 de 1995.*
2. *Para las madres gestantes y el niño menor de un año, según artículos 43 y 50 de la Constitución Política.*
3. *Para las acciones de salud pública colectiva.*
4. *Para la atención inicial de urgencias, según lo definido por el artículo 168 Ley 100 de 1993, el artículo 10° de la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud.*
5. *Para las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, según el artículo 13 de la Resolución 412 de 2000 y los incisos 1° y 2° del artículo 9° de la Resolución 3384 de 2000, excepto en los procedimientos que se realicen bajo el contexto de la atención de condiciones excepcionales o complicaciones de la enfermedades de interés en salud pública según el inciso 3° del artículo 9° de la Resolución 3384 de 2000.*
6. *Para los niños, niñas y adolescentes de nivel Sisben 1 y 2 con enfermedades catastróficas certificadas por el médico tratante, conforme a lo establecido por el artículo 18 de Ley 1438 de 2011.*
7. *Para los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato que estén certificadas por la autoridad competente, según el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011.*
8. *Para las mujeres víctimas de violencia física o sexual, certificados por la autoridad competente. La prestación del servicio médico incluirá la atención psicológica y psiquiátrica y la habitación provisional en los términos de la Ley 1258 de 2007, de acuerdo con lo definido por el artículo 54 de la Ley 1438 de 2011.*

Así mismo, en materia de pago de Cuotas de Recuperación, es necesario advertir que la Ley 1438 de 2011, enmarca en su artículo 139 los deberes y obligaciones de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), entre los cuales se establece en su numeral 6º, el de realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definen dentro del Sistema.

Así las cosas, el pago de las Cuotas de Recuperación, se constituyen hoy, en un deber y una obligación legal de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,
Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-103252**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-103252**
Fecha 25/11/2013 10:21 a.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino Humberto Mieles
Copia

Referencia: **CONSULTA - EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD Y COOPERATIVAS EN SALUD**

Referenciado: 1-2013-078609

Respetado Señor Mieles:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con las funciones previstas en el artículo 9º del Decreto 1018 de 2007, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

La Ley 100 de 1993 contiene varias referencias a las instituciones o empresas solidarias de salud. En los artículos 156 Lit. i ; 181 literales g y h y parágrafo 2; y 216 de la misma. En este último, numerales 1 y 2, dan a entender que las empresas solidarias de salud son de carácter comunitario y de propiedad de los usuarios, y en el parágrafo 2 del artículo 181 se indica a estas empresas como ejemplo de aquéllas en que los usuarios tienen mayor participación y control. Entonces, esos aspectos se consideran como característicos de las instituciones o empresas solidarias de salud.

La Ley 100 de 1993 contempla y regula dos tipos de entidades que cumplen funciones dentro del sistema general de seguridad social en salud, teniendo en cuenta la actividad que les corresponde desarrollar:

1. Las entidades promotoras de salud -EPS-, responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones instituciones (estas EPS pueden administrar los recursos del régimen subsidiado en virtud de contratos, caso en el cual se denominaban ARS).
2. Las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS-, cuyo objetivo es prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente, a los

afiliados y beneficiarios, dentro de los parámetros y principios señalados en la misma ley.

A su vez, la Ley 79 de 1988, marco jurídico de las entidades cooperativas preexistente a la expedición de la Ley 100 de 1993, no menciona a las empresas solidarias. Define a las cooperativas como empresas asociativas y precisa cuándo se presume que una empresa asociativa carece de ánimo de lucro (artículo 4).

Con posterioridad a la Ley 100 y a la legislación cooperativa contenida en la Ley 79 de 1988, se expidió la Ley 454 de 1998, en la cual se denominó la Economía Solidaria al sistema socioeconómico, cultural y ambiental conformado por el conjunto de fuerzas sociales organizadas en formas asociativas identificadas por prácticas autogestionarias solidarias, democráticas y humanistas, sin ánimo de lucro, para el desarrollo integral del ser humano como sujeto, actor y fin de la economía.

El citado reglamento legal, en su artículo 6 señaló como sujetos de la Ley 454 de 1998 a las personas jurídicas organizadas para realizar actividades sin ánimo de lucro, en las cuales los trabajadores o los usuarios según el caso, son simultáneamente sus aportantes y gestores, creadas con el objeto de producir, distribuir y consumir conjunta y eficientemente, bienes y servicios para satisfacer las necesidades de sus miembros y al desarrollo de obras de servicio a la comunidad en general, observando en su funcionamiento las siguientes características :

1. Estar organizada como empresa que contemple en su objeto social, el ejercicio de una actividad socioeconómica, tendiente a satisfacer necesidades de sus asociados y el desarrollo de obras de servicio comunitario.
2. Tener establecido un vínculo asociativo, fundado en los principios y fines contemplados en la presente ley.
3. Tener incluido en sus estatutos o reglas básicas de funcionamiento la ausencia de ánimo de lucro, movida por la solidaridad, el servicio social o comunitario.
4. Garantizar la igualdad de derechos y obligaciones de sus miembros sin consideración a sus aportes.
5. Establecer en sus estatutos un monto mínimo de aportes sociales no reducibles, debidamente pagados, durante su existencia.
6. Integrarse social y económicamente, sin perjuicio de sus vínculos con otras entidades sin ánimo de lucro que tengan por fin promover el desarrollo integral del ser humano.

En el párrafo 2 del artículo 6 de la ley en comento, estableció que tienen el carácter de organizaciones solidarias entre otras las cooperativas, los organismos de segundo y tercer grado que agrupen cooperativas u otras formas asociativas y solidarias de propiedad, las instituciones auxiliares de la Economía Solidaria, las empresas comunitarias, las empresas solidarias de salud, las precooperativas, los fondos de empleados, las asociaciones mutualistas, las empresas de servicios en las formas administraciones públicas cooperativas, las empresas asociativas de trabajo y todas aquellas formas asociativas solidarias que cumplan con las características antes mencionadas.

Uno de los principios rectores del sistema general de seguridad social es el de participación social, conforme al cual este sistema estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del sistema general de seguridad social en salud y del sistema en su conjunto (Art. 153, Num. 7).

A partir de las anteriores disposiciones, y del principio de participación social, esta Oficina concluye:

- 1) Las empresas solidarias de salud son organizaciones de la economía solidaria.
- 2) Por ser organizaciones de la economía solidaria deben reunir las características establecidas en el artículo 4o. de la ley 454 de 1998.
- 3) Además de lo anterior, deben tener las características ya mencionadas previstas en los artículos 181, párrafo, y 216 de la ley 100 de 1993, es decir, que las empresas solidarias de salud son de carácter comunitario; son de propiedad de los usuarios de los servicios del sistema de seguridad social en salud; y en ellas existe la participación y control de los usuarios propietarios.
- 4) El objeto social de las empresas solidarias de salud es el aseguramiento y/o la prestación de servicios del ramo de la salud señalados en la ley 100 de 1993, bien para las empresas promotoras de salud (incluida la administración de los recursos del régimen subsidiado) o para las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- 5) Las empresas solidarias de salud deben corresponder a una de las clases de organizaciones de la economía solidaria definida y regulada por la ley, cuyas características específicas, contempladas en su régimen especial, lo permitan.
- 6) Entre esas clases de entidades de la economía solidaria definidas y reguladas por la ley, encontramos como compatibles con el objetivo de las empresas solidarias de salud (los que tienen por objeto el aseguramiento y las prestadoras de servicios del sistema de seguridad social en salud a los usuarios,

propietarios de las mismas empresas) a las cooperativas y asociaciones mutuales. También, pero sólo transitoriamente, a las precooperativas.

Ahora bien, el Decreto 1804 de 1999 contiene las disposiciones vigentes sobre administración del régimen subsidiado; determina las entidades habilitadas para esa administración y fija las condiciones generales. En cuanto a las empresas solidarias de salud contempla, entre otros, los siguientes aspectos particulares:

- Las incluye dentro de las entidades que pueden ser ARS hoy EPS S(artículo 1), así : Podrán administrar los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Empresas Solidarias de Salud, ESS, las Cajas de Compensación Familiar y las Entidades Promotoras de Salud, EPS, de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los requisitos exigidos en el decreto y sean autorizadas previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Indica que deben estar constituidas como cooperativas, asociaciones mutuales o asociaciones de cabildos o resguardos indígenas (artículo 5).
- Prevé que las entidades de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se regirán por las disposiciones propias de las administradoras del régimen subsidiado, en concordancia con las demás normas que les son aplicables de conformidad con su naturaleza (Numeral 1 artículo 6).
- Señala las opciones que tienen en caso de no cumplir las exigencias generales establecidas en el decreto para ser administradoras del régimen subsidiado (artículo 16).

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,
Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-103289**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-103289**
Fecha 25/11/2013 10:40 a.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino Ángela Patricia Garzón Alarcón
Copia

Referencia: **EFFECTIVIDAD DEL TRASLADO ENTRE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD EPS**

Referenciado: 1-2013-094321

Respetada Señora Garzón Alarcón:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9° del Decreto 1018 de 2007, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

Conforme a lo definido por el parágrafo 1° del artículo 25 de la Ley 1122 de 2007, el traslado voluntario de un usuario podrá hacerse cuando el usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta.

El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social. La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados. La aseguradora que incurra en las causales mencionadas en el presente artículo será objeto de las sanciones establecidas en la Ley por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, salvo las limitaciones a la libre elección derivadas del porcentaje de obligatoria contratación con la red pública.

Los afiliados que incluyan beneficiarios en fecha diferente a aquélla en la que se produjo su afiliación a la EPS, deberán permanecer el tiempo que sea necesario para que cada uno de sus beneficiarios cumpla el período aquí señalado, salvo en el caso del recién nacido, de acuerdo con el numeral 2° del artículo 54 del Decreto 806 de 1998, y el inciso 4° del Artículo 44 del Decreto 1406 de 1999.

Cuando se excluya como beneficiario un cónyuge, podrá incluirse el compañero(a) permanente que acredite dos años de convivencia o el nuevo cónyuge cuando acredite el nuevo vínculo, según parágrafo 2º del artículo 54 del Decreto 806 de 1998.

Si el plazo a que aquí se alude se cumpliera durante el transcurso de una incapacidad o licencia de maternidad cubierta por el SGSSS, la oportunidad para el traslado de entidad administradora se suspenderá hasta el primer día hábil del mes siguiente a aquél en el cual termine la licencia o incapacidad. Lo aquí dispuesto también se aplicará cuando el afiliado requiera procedimientos de alta complejidad, mientras se encuentra internado en una entidad hospitalaria, tal y como lo establece el parágrafo 2º del artículo 44 de Decreto 1406 de 1999.

Este periodo no será tenido en cuenta cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de los servicios, por falla en el servicio o incumplimiento de normas de solvencia de conformidad con el numeral 1º del artículo 54 del Decreto 806 de 1998, y el inciso 2º del artículo 44 del Decreto 1406 de 1999, y el artículo 16 del Decreto 047 de 2000.

El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. La aseguradora que incurra en estas causales será objeto de las sanciones establecidas en la Ley por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, salvo las limitaciones a la libre elección derivadas del porcentaje de obligatoria contratación con la red pública tal y como lo define el parágrafo 1º del artículo 25 de la Ley 1122 de 2007.

Del mismo modo, el periodo aquí mencionado no se tomara en cuenta cuando requiera dar cumplimiento a la unificación del grupo familiar a una misma EPS acorde con lo establecido por el artículo 41 del Decreto 806 de 1998 y, el inciso 1 del artículo 1 del Decreto 047 de 2000.

Si el usuario afiliado al régimen contributivo se traslada voluntariamente antes del término aquí indicado, la entidad a la cual se hubiere trasladado suspenderá los servicios y el recibo de las cotizaciones, hasta tanto sean cancelados a la anterior EPS los aportes correspondientes a doce meses, sin perjuicio de las demás sanciones a que pueda haber lugar, según lo definido por el inciso 1º del artículo 44 del Decreto 1406 de 1999, si esta irregularidad se detecta dentro del proceso de afiliación, ésta podrá negarse hasta tanto la misma no sea subsanada conforme a lo aquí dispuesto según lo contemplado por el inciso 3º del artículo 44 del Decreto 1406 de 1999.

La Entidad Promotora de Salud que con conocimiento acepte a un afiliado que no haya cumplido con el período mínimo de permanencia establecido en el inciso primero de este artículo, será solidariamente responsable con el afiliado por

los gastos en que, como consecuencia de tal incumplimiento, haya incurrido el Sistema General de Seguridad Social en Salud, independientemente de las sanciones que pueda imponer la Superintendencia de Salud por el desconocimiento de tales disposiciones conforme al parágrafo 1° del artículo 54 del Decreto 806 de 1998 y a parágrafo 1° del artículo 44 del Decreto 1406 de 1999.

Los afiliados a una Entidad Promotora de Salud, podrán trasladarse a otra, de conformidad con las reglas aquí establecidas, previa solicitud a la nueva E.P.S. presentada por el afiliado con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación.

La Entidad Promotora de Salud a la cual se traslade el afiliado, deberá notificar tal hecho a la anterior, en la forma que establezca la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con el inciso 2° del artículo 55 del Decreto 806 de 1998.

El traslado entre entidades administradoras estará sujeto al cumplimiento de los requisitos sobre permanencia en los regímenes y entidades administradoras que establecen las normas que reglamentan el Sistema, de conformidad con el inciso 1° del artículo 42 del Decreto 1406 de 1999.

En todo caso, el traslado de entidad administradora producirá efectos sólo a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud del traslado efectuada por el afiliado ante la nueva entidad administradora.

La entidad administradora de la cual se retira el trabajador tendrá a su cargo la prestación de los servicios y el reconocimiento de prestaciones hasta el día anterior a aquél en que surjan las obligaciones para la nueva entidad, según lo contemplado por el artículo 46 del Decreto 326 de 1996, el inciso 1° del artículo 56 del Decreto 806 de 1998 y el inciso 2° del artículo 42 del Decreto 1406 de 1999.

En el Sistema de Seguridad Social en Salud, el primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la nueva Entidad Promotora de Salud, tal y como lo establece el inciso 2° del artículo 56 del Decreto 806 de 1998 y el inciso 3° del artículo 42 del Decreto 1406 de 1999.

En el Sistema de Seguridad Social en Pensiones, el primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la antigua administradora de la cual éste se trasladó, con excepción de los trabajadores independientes, que deberán aportar a la nueva administradora de pensiones.

Para los efectos de lo aquí previsto, se entenderá por traslado efectivo el momento a partir del cual el afiliado queda cubierto por la nueva entidad en los términos aquí definidos según lo contemplado por el inciso 5° del artículo 42 del Decreto 1406 de 1999.

De lo anteriormente citado se concluye que:

1. Quien presenta la solicitud de traslado a la cual desea trasladarse es el usuario, mediante el diligenciamiento de un formulario.
2. El traslado produce efectos sólo a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud del traslado efectuada por el afiliado.
3. La EPS de la cual se retira el trabajador deberá prestar los servicios médicos asistenciales al usuario y el reconocimiento de prestaciones hasta el día anterior a aquél en que surjan las obligaciones para la nueva EPS; en consecuencia la Oficina Asesora Jurídica deja en claro que las anterior EPS no puede bajo ninguna circunstancia sustraerse de la obligación de prestar los servicios de quien se encontraba como cotizante ni de sus beneficiarios con el argumento del traslado, toda vez que como se colige de la normativa la responsabilidad seguirá en manos de está mientras no haya compromiso por parte de la nueva Entidad Promotora de Salud, y los servicios demandados incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS deben ser atendidos cumpliendo a cabalidad el precepto legal anteriormente citado.
4. En el Sistema de Seguridad Social en Salud, el primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la nueva Entidad Promotora de Salud.

Igualmente, las EPS son responsables de que los traslados de los afiliados no conlleven a afectación alguna, a su vida o integridad, porque sus derechos constitucionales a la salud y seguridad social son prevalentes, razón por la cual debe abstenerse de utilizar conductas o utilizar políticas encaminadas a impedir, restringir, o condicionar la voluntad de los usuarios del Sistema General de seguridad Social en Salud que deseen trasladarse.

Ahora bien, tanto la Entidad Promotora de Salud que autoriza el traslado como la que recibe al afiliado, se encuentran obligadas a actuar en forma diligente y responsable respecto a los trámites legales y administrativos, asegurando así el efectivo traslado, la continuidad en la prestación y eficiencia del servicio.

Por lo anteriormente expuesto, se da traslado a la Superintendencia Delegada de Atención en Salud con el objeto de que sea evaluada las conductas asumidas por la Nueva EPS y Famisanar Entidad promotora de Salud.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-103294**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-103294**
Fecha 25/11/2013 10:49 a.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino Julio Cesar González Díaz
Copia

Referencia: **CONSULTA ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA AL EMPLEADOR PARA EL RECONOCIMIENTO DE UNA INCAPACIDAD**

Referenciado: 1-2013-072237

Respetado Señor González Díaz:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

El artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012, prevé:

"(...) TRÁMITE DE RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD. El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS.

En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladarlo al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento. Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia".

La normativa transcrita no consagra que se allegue la historia clínica de un trabajador para efectuar el trámite de una incapacidad, más aún cuando la Ley 23 de 1981 mediante la cual se dictaron normas en materia de Ética Médica, señaló en su artículo 34 que la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente; así mismo, es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

Concordante con la citada disposición normativa, la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social estableció en su artículo 14 respecto al manejo de la historia clínica que podrán acceder a la información contenida en ella, en los términos previstos en la Ley:

- 1) El Usuario
- 2) El Equipo de Salud
- 3) Las Autoridades Judiciales y de Salud en los casos previstos en la ley.
- 4) Las demás personas determinadas en la ley.

A su vez , el literal a) del artículo 1 de la Resolución 1995 de 1999, dispuso que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Por su parte, la Corte constitucional en Sentencia T – 1051 de 2008, expresó:“(..)La información relacionada con el procedimiento de atención suministrado al paciente que reposa en la historia clínica, se encuentra protegida por la reserva legal, motivo por el cual, la información allí contenida no puede ser entregada o divulgada a terceros. Al respecto, en sentencia T-161 de 26 de abril de 1993, M.P. Antonio Barrera Carbonell, se expuso que *"La historia clínica, su contenido y los informes que de la misma se deriven, están sujetos a reserva y, por lo tanto, sólo pueden ser conocidos por el médico y su paciente.(..)"*

En consecuencia, el artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012, concordante con el artículo 9 del Decreto 783 de 2000 y el artículo 21 del Decreto 1804 de 1999, no señalan como requisitos exigibles para el reconocimiento de las incapacidades, el solicitar la historia clínica.

Así mismo, las normativas en comento no facultan a las EPS para solicitarle al empleador copia de la historia clínica, toda vez que como se señaló dicho documento goza de reserva legal.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-103781**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-103781**
Fecha 26/11/2013 10:59 a.m.
Folios Anexos:
Origen Oficina Asesora Juridica
Destino Diego Julian Calixto Rubio
Copia

Referencia: **CONCEPTO FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
1-2013-091649**

Referenciado:

Respetado doctor Calixto Rubio:

En atención a la consulta remitida a esta Superintendencia Nacional de Salud mediante correo electrónico del 24 de octubre de 2013 y radicada con número 1-2013-091649 del 29 de octubre de 2013, la Oficina Asesora Jurídica dentro de la órbita de su competencia, de conformidad con el artículo 8 del Decreto 2464 de 2013, en términos generales le manifiesta:

Mediante la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, se otorgó a la Superintendencia Nacional de Salud la función jurisdiccional y la de conciliación, en desarrollo del fundamento Constitucional consagrado en el artículo 116 de la Constitución Política, que establece que excepcionalmente la ley podrá atribuir éstas funciones en materias precisas a determinadas autoridades administrativas.

La Corte Constitucional, mediante sentencias C-117/2008 y C-119/2008, determinó la diferencia entre la función de Inspección Vigilancia y Control y la función Jurisdiccional.

El Decreto 1018 de 2007, el cual modificó la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud, estableció en su artículo 22 que estas funciones serían ejercidas por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación que actúa como juez y como conciliador en derecho, respectivamente.

Finalmente el Decreto 1018 de 2007, fue derogado por el artículo 37 del Decreto 2462 de 2013, el cual en su artículo 30 establece las funciones de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación

FUNCIÓN DE CONCILIACIÓN

La ley 1122 de 2007, en su artículo 38 estableció la función de conciliación ya sea, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud, y/o entre estos y los usuarios, generados en

problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Estos acuerdos conciliatorios tienen efecto de cosa juzgada y el acta presta mérito ejecutivo cuando contenga una obligación clara expresa y actualmente exigible. Su trámite es el previsto en la ley 640 de 2001.

Requisitos para la presentación de solicitudes de conciliación extrajudicial en derecho:

1. Documento dirigido a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, la cual debe contener

- Síntesis de los hechos incluyendo los puntos relevantes que serán objeto de conciliación.
- La identificación clara de cada una de las partes, mencionando el nombre del representante legal, razón social, dirección, teléfono y dirección electrónica de las partes. Cuando se trate de entidades de Derecho Privado deberán aportar representación legal y existencia proferida por Cámara de Comercio y cuando se trate de Entidades de Derecho Público deberán aportar Acta de posesión y Resolución de nombramiento del representante legal. Cuando las partes actúen a través de apoderado éste deberá ser abogado titulado, con poder debidamente otorgado y con la facultad expresa para conciliar.
- Las pretensiones y la cuantía, de manera clara y expresa.
- La relación de los anexos que desea aportar.
- Lugares para notificación de las partes, especificando dirección teléfono y dirección electrónica de cada parte.
- Constancia de recibido de la copia de la solicitud por parte de la convocada.
- Aportar las facturas o certificación expedida y suscrita por el contador o revisor fiscal, la que además debe estar firmada por el representante legal, donde se incluya la relación de la facturación, con numero de factura fecha y valor de las mismas. Aportar fotocopia de la tarjeta profesional y cedula de ciudadanía del contador y/o revisor fiscal que certificó. La certificación deberá mencionar que las facturas materia de la solicitud que corresponden al servicio prestado, han sido auditadas médico y contablemente y que reposan en los archivos de la entidad. Si se trata de liquidación de contratos deberá aportar las actas de liquidación debidamente suscritas.
- Tratándose de Entidades Públicas obligadas conforme al decreto 1716 de 2009 a tener Comité de Conciliación, se deberá acreditar copia del acta donde autorice al representante legal para su acceso a la conciliación.

FUNCIÓN JURISDICCIONAL

La Ley 1122 de 2007, en su artículo 41, adicionado y modificado por el artículo 126 de la ley 1438 de 2011, establece la función Jurisdiccional, a petición de parte, con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social, donde se pronuncia en los siguientes asuntos:

- Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.

- Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.
- Conflictos que se susciten en materia de multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Sobre las prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que no sean pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo.
- Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador.

Este trámite se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción, en virtud del Artículo 126 de la ley 1438 de 2011.

Requisitos para acceder a la función jurisdiccional

La solicitud debe contener lo siguiente:

- La designación de la autoridad a la que se dirige, que para el caso es la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.
- Los nombres y apellidos completos del solicitante y/o su apoderado, si es el caso, con indicación del documento de identidad, dirección, teléfono fijo, celular, y correo electrónico.
- Calidad en la que actúa (cotizante, beneficiario), Representante Legal y/o apoderado.
- Objeto de la petición en forma clara y precisa.
- La causal que lo motiva
- El derecho que se considera violado
- Las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- La relación de documentos que se acompañan y pruebas que se pretendan hacer valer, aportando las que se encuentren en su poder y que puedan servir como prueba (original o copia).
- La firma del peticionario.
- Finalmente y como ayuda tenga en cuenta los formatos guía que aparecen en la parte final de esta página.
- Quien interponga solicitud para accionar la función jurisdiccional deberá manifestar bajo la gravedad de juramento, que no ha presentado otra acción judicial sobre los mismos hechos y derechos.

Adicionalmente se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Debe adjuntar original de la Solicitud y una copia y que la solicitud debe ir Foliada desde la primera hasta la última hoja en el extremo superior derecho
- Está legitimado para presentar la Solicitud, el afiliado (cotizante o beneficiario), quien haya sido objeto de la atención, personalmente u otorgando poder a un abogado, o el Representante Legal adjuntando certificado de Cámara de Comercio vigente.
- Si actúa como Representante Legal acreditar la calidad con el certificado de Cámara de comercio vigente.
- Si actúa como Representante y/o apoderado de Consorcio o Unión Temporal deberá acreditar que ostenta la capacidad de representar a cada uno de los miembros del Consorcio o Unión Temporal así como la existencia de los integrantes.
- Si actúa como apoderado acreditar poder debidamente conferido.

Finalmente debe anotarse que las facturas cambiarias se encuentran contempladas como una especie de título valor de acuerdo al Código de Comercio y su regulación se encuentra establecida en el derecho privado.

La presente consulta, se atiende en los precisos términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en virtud del cual, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres

Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-104008**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-104008**
Fecha 26/11/2013 03:44 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino Clínica Laura Daniela
Copia

Referencia: **CONSULTA- CUBRIMIENTO DEL SOAT EN EVENTO DEPORTIVO**

Referenciado: 4-2013-066250

Respetado Señor:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud integral derivada de accidentes de tránsito, con cargo a la Compañía de Seguros que expidió la Póliza del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito SOAT, el cual se enmarca dentro de un contrato bilateral, de carácter obligatorio celebrado entre el propietario del vehículo automotor y una Compañía de Seguros debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera.

Debe tenerse en cuenta que el SOAT, reglamentado por el Decreto 3990 de 2007, se encuentra contemplado dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual se rige por principios como el de la integralidad del servicio y la continuidad del tratamiento.

La citada disposición normativa en su Artículo Primero señala que, se entiende por accidente de tránsito, el suceso ocasionado o en el que haya intervenido al menos un vehículo automotor en movimiento, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales, y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito, cause daño en la integridad física de las personas.

El citado reglamento legal, taxativamente señala, que no se entiende por accidente de tránsito aquel producido por la participación del vehículo en actividades o competencias deportivas, por lo cual los daños causados a las personas en tales eventos serán asegurados y cubiertos por una póliza independiente.

En consecuencia, los accidentes de tránsito ocurridos en competencias deportivas no son cubiertos por el Seguro Obligatorio por Accidentes de Tránsito (SOAT), sino por una póliza independiente; no obstante, al momento de presentarse el accidente bajo esta circunstancia, todas las personas tiene derecho a ser atendidas integralmente, **esté o no asegurado el vehículo**, tal y como lo ha expresado la Corte Constitucional en Sentencia T-463 de 2009.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-104821**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-104821**
Fecha 28/11/2013 03:09 p.m.
Folios Anexos:
Origen Oficina Asesora Jurídica
Destino MUNICIPIO DE SAN ANDRES DE SOTAVENTO
Copia

Referencia: **SOLICITUD DE CONCEPTO SOBRE EL TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN EJECUTIVA CONTRACTUAL EN LOS CONTRATOS DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.**

Referenciado: 1-2013-092292

Respetada doctora Alean Incer:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9° del Decreto 1018 de 2007, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

Los contratos de Régimen Subsidiado, tenían por objeto el aseguramiento en salud de la población beneficiaria con el fin de que las EPSS garantizaran a los afiliados la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Los contratos suscritos entre las Entidades Territoriales y las EPSS no eran contratos de prestación de servicios de salud.

Este contrato se regía por el derecho privado y debía detallar todas y cada una de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado, y como mínimo la información que determinaba el Ministerio de la Protección Social. Sin perjuicio de la aplicación de las normas presupuestales vigentes para el efecto, conforme a lo establecido por el numeral 2° del artículo 216 de la Ley 100 de 1993, el inciso 2° del artículo 29 del Acuerdo 77 del CNSSS, el inciso 3° del artículo 45 del Acuerdo 244 del CNSSS y hoy en el inciso 2° del artículo 52 del Acuerdo 415 del CNSSS.

Ahora bien, es importante señalar que la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, con respecto al régimen de contratación de las empresas sociales del Estado, situación igualmente aplicable al régimen de contratación entre el ente territorial y las ARS hoy EPSS, manifestó en concepto con Rad. 1263 del 14 de enero de 2000, lo siguiente:

“De esta manera, al disponer la Ley 100 de 1993 en el numeral 6 del artículo 195, la utilización discrecional de cláusulas excepcionales, excluyó la aplicación general y común de las normas de la Ley 80. El régimen de derecho privado de la contratación propio de las demás entidades estatales, aparece consagrado en el artículo 13 de la Ley 80 de 1993, conforme al cual " los contratos que celebren las entidades a que se refiere el artículo 2 del presente estatuto se regirán por las disposiciones comerciales y civiles pertinentes.

En consecuencia, por voluntad del legislador, ni los principios de la contratación estatal, ni normas distintas a las que regulan las cláusulas exorbitantes, deben aplicarse obligatoriamente por las empresas sociales del Estado. Es forzoso concluir entonces, que el régimen de contratación de estas empresas es de derecho privado, con aplicación excepcional de las cláusulas mencionadas.

La Sala reitera esta posición doctrinaria vertida en la Consulta No 1.127 del 20 de agosto de 1998, según la cual:

“Por regla general, en materia de contratación las empresas sociales del Estado se rigen por las normas ordinarias de derecho comercial o civil. En el caso de que discrecionalmente, dichas empresas hayan incluido cláusulas excepcionales, estas se regirán por las disposiciones de la Ley 80 de 1993. Salvo en este aspecto, los contratos seguirán regulados por el derecho privado”

Así las cosas y frente a la contratación que el ente territorial celebraba con las ARS hoy EPSS, se tiene que ésta se regulaba por el derecho privado y si en la misma se incluían cláusulas excepcionales, solamente a éstas le serían aplicables las normas del derecho público.

Es importante mencionar que las normas legales, sobre los contratos de Régimen Subsidiado era reglada y se encontraba señalada en el artículo 216 de la Ley 100 de 1993, en los diferentes Decretos Reglamentarios, los Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Ley 715 de 2001; es así, como el legislador respecto de su liquidación previó, que está debía realizarse dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su vencimiento.(Circular Externa Conjunta N° 018 MS – 074 SNS de junio 30 de 1998 y artículo 50 del Decreto 050 de 2003)

En materia de liquidación de los contratos de régimen subsidiado, la Circular Externa Conjunta N° 018 MS – 074 SNS de junio 30 de 1998, señalaba los criterios y parámetros sobre los cuales debía efectuarse su liquidación. Para tal efecto, debía tenerse en cuenta que estos contratos se regían por el derecho privado, eran de tracto sucesivo, es decir, que sus obligaciones se prolongaban en el tiempo durante todo el plazo de ejecución del contrato y su liquidación tenía que realizarse dentro de los cuatro meses siguientes a su vencimiento.

La liquidación de los contratos, es consecuencia directa de su terminación y, en este orden de ideas, era necesario liquidarlos en principio de manera bilateral o, en su defecto, acudiendo ante la jurisdicción ordinaria para el efecto.

Igualmente, el Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social, retomó lo señalado en la Circular en comento, impartiendo a través de la Circular Externa No. 009 de 1999 instrucciones sobre la liquidación de los contratos del régimen subsidiado entre las Entidades Territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado, hoy Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.

Cabe precisar que, de conformidad con lo previsto en la Ley 715 de 2001, correspondía a los municipios en ejercicio de la función de dirección y coordinación del sector salud de su región, la celebración de los contratos de aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable, así como la de realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías y la liquidación de los mismos.

Aunado a lo anterior, el artículo 50 del Decreto 050 de 2003, señalaba en materia de liquidación de los contratos del régimen subsidiado, que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 216 de la Ley 100 de 1993, los contratos de aseguramiento y de administración del régimen subsidiado suscrito entre las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado hoy EPSS se regían por el Derecho Privado, pudiendo contener cláusulas exorbitantes y/o excepcionales propias del régimen del derecho público, entendidas éstas, como los medios que pueden utilizar las entidades estatales para lograr el cumplimiento del objeto contractual y cuyo ejercicio se encontraba determinado por causales específicas y solamente a éstas le eran aplicables las normas del derecho público.

En el evento que no se pactara cláusula de liquidación, todo contrato de administración de régimen subsidiado suscrito entre las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen, hoy EPSS debía ser objeto de aclaración y pago de los saldos pendientes a su favor o en contra, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su terminación.

Si vencido este término, no se había efectuado por mutuo acuerdo, la aclaración y pago de los saldos pendientes a favor o en contra, la entidad territorial procedía a realizarla dentro de los diez (10) días siguientes al vencimiento de este término.

Aunado a lo anterior, el Acuerdo 415 de 2009 del CNSSS, en su artículo 68 previó que *"al finalizar la vigencia contractual, se efectuará una revisión integral de la ejecución del contrato para efectos de determinar el cumplimiento de las obligaciones por parte de las EPS-S y la ejecución de recursos.*

Con la entrada en vigencia de la Ley 1438 de 2011 se estableció, conforme al artículo 29, que *"El Ministerio de la Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud, o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Salud con fundamento en el instrumento jurídico definido por el Gobierno Nacional".*

Así mismo, en el párrafo transitorio 1 y 2 del artículo 31 se dispuso lo siguiente:

PARÁGRAFO TRANSITORIO 1. TÉRMINO PARA LA LIQUIDACIÓN DE LOS CONTRATOS. Los Gobernadores o alcaldes y las Entidades Promotoras de Salud

procederán en el término de tres (3) meses calendario contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, a liquidar de mutuo acuerdo los contratos suscritos con anterioridad al 1° de abril de 2010. De no realizarse la liquidación dentro de los términos establecidos, la entidad territorial con base en sus soportes y los de la Entidad Promotora de Salud, si los tiene, procederá a liquidación unilateral dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes al vencimiento del término descrito en el presente artículo.

El incumplimiento de estos términos conllevará el reporte a los organismos de control y a las respectivas sanciones disciplinarias, y el monto del contrato será la cuantía de referencia con la cual se determinará la responsabilidad fiscal del agente del Estado. Del incumplimiento se informará a los organismos de control y vigilancia correspondientes.

PARÁGRAFO TRANSITORIO 2. DEUDAS POR CONCEPTO DE CONTRATOS LIQUIDADOS. El monto a favor de la Entidad Promotora de Salud contenido en el acta de liquidación de mutuo acuerdo de los contratos de administración del Régimen Subsidiado o en el acto de liquidación unilateral vigente a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley y los que surjan del cumplimiento de la misma, debe ser girado a la Entidad Promotora de Salud, por la Entidad Territorial, dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición de la presente ley, giro que se realizará directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el caso en que las Entidades Promotoras de Salud les adeude recursos, el monto restante, si hubiere lugar a ello, se girara a la Empresa Promotora de Salud dentro del mismo plazo.

Los saldos que queden a favor del ente territorial, serán girados por la Entidad Promotora de Salud a las cuentas maestras dentro del mismo término.

*En el evento que las entidades territoriales no paguen las deudas por contratos liquidados, el Gobierno Nacional en aras de salvaguardar la sostenibilidad del Sistema y la garantía de acceso a los afiliados, descontará de los recursos asignados a ese municipio por regalías, por el Fondo de Ahorro y Estabilización Pretolera (FAEP) u otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional, los montos adeudados y serán girados a las Entidades Promotoras de Salud respectivas en los términos establecidos en el presente artículo. El Gobierno Nacional reglamentará el procedimiento para tal fin exigiendo para ello las actas de liquidación donde consten los recursos recaudados.”
(Negrilla y subrayado fuera de texto)*

Por su parte, el Decreto 1080 de 2012, estableció el procedimiento aplicable por los departamentos, distritos y municipios para el pago de las deudas con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, por contratos de aseguramiento suscritos hasta marzo 31 de 2011.

Ahora bien, dado que en dichos contratos se podía pactar la liquidación de los mismos bajo los postulados de la Ley 80 de 1993, el artículo 136 del Código Contencioso Administrativo, Subrogado por el artículo 44 de la Ley 446 de 1998, respecto de la caducidad de las acciones señaló:

“(...)

10. En las relativas a contratos, el término de caducidad será de dos (2) años que se contará a partir del día siguiente a la ocurrencia de los motivos de hecho o de derecho que les sirvan de fundamento”.

La Sala de lo Contencioso Administrativa, Sección Tercera, Consejera Ponente, doctora Myriam Guerrero de Escobar, Expediente 32247 de 2009, respecto a la celebración de contratos de Aseguramiento del Régimen Subsidiado señaló que:

“(...)

1 Los contratos relacionados con la administración de los recursos del Régimen Subsidiado en Salud, están sometidos a la Ley 100 de 1993 mediante la cual se creó el sistema de seguridad social integral, a sus Decretos Reglamentarios, a los Acuerdos del Consejo nacional de Seguridad Social en Salud, a la Ley 715 de 2001, mediante la cual se dictaron normas en materia de recursos y competencias y se dictaron otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, y la Ley 1176 de 2007 que modificó la conformación del Sistema General de Participaciones, entre otras disposiciones.

En rigor los contratos relacionados con la administración de los recursos del Régimen Subsidiado en salud celebrados entre entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), hoy por disposición de la Ley 1122 de 2007 Empresas Promotoras del Régimen Subsidiado (EPS – S), no están sometidas a la Ley 80 de 1993 y en ese sentido esta ley no constituye el marco legal aplicable en relación con la celebración, ejecución y liquidación de los contratos. En consecuencia, en temas específicos como los relativos a la liquidación de este tipo de contratos, serán las partes las que en aplicación del principio de la autonomía de la voluntad, determinen el sometimiento a esta actuación, así como el alcance y la forma de proceder a tal efecto. Para ello se remitieron a la Ley 80 de 1993 (...)(Negrilla y Subrayado fuera del texto)

En consecuencia, habiendo sido regulado por las partes el plazo de la liquidación bilateral, resultaba de obligatorio cumplimiento. Adicionalmente, las partes podían convenir si sometían o no el contrato al procedimiento liquidatorio, pues el mismo, no resultaba obligatorio por no tratarse de contratos gobernados por la Ley 80 de 1993, también podían acordar la forma, las condiciones y el procedimiento a seguir en desarrollo del postulado de la autonomía de la voluntad, acuerdos que resultaban obligatorios en la medida en que el contrato es ley para las partes. (...)
(Subrayado fuera del texto)

“(...) no hay duda de que las normas relativas a la caducidad de la acción, son de orden público y de estricto cumplimiento, en dichos términos no podrán dejarse a la voluntad de las partes, porque su alcance está previamente definido en la ley (...)

En rigor, los términos para el ejercicio de las acciones procesales, no podrán modificarse, ampliarse o reducirse vía convención contractual, las partes están sujetas a las reglas procesales, de modo que en este caso en particular el término de caducidad de la acción de los dos años, al vencimiento (...) de que disponía la

administración para liquidar el contrato, y vencido éste podía acudir a la jurisdicción para solicitar al juez natural en sede judicial la correspondiente liquidación (literal d) numeral 10 artículo 136 del C.C.A. modificado por el artículo 44 de la Ley 446 de 1998)(negrilla fuera del texto)

Al respecto, debe anotarse que la caducidad se diferencia de la prescripción. Así, en Providencia del 26 de mayo de 2010 del Consejo de Estado, se señala lo siguiente:

“A pesar de que antes del 8 de julio de 1998 se acudió a la figura de la prescripción en los procesos ejecutivos contractuales ante la inexistencia de una disposición legal que señalara el término de caducidad para la acción ejecutiva contractual, lo cierto es que se trata de conceptos diferentes, en tanto la caducidad es un fenómeno procesal, mientras que la prescripción es de carácter sustancial y, por tanto, no se pueden confundir. En un principio se utilizó la figura de la prescripción de las acciones judiciales para determinar si una demanda ejecutiva se presentaba en tiempo; dicha institución está consagrada en el artículo 2.512 del Código Civil, que la define como un modo de adquirir las cosas o de extinguir las acciones o derechos ajenos, por no haber ejercido las acciones y derechos durante cierto tiempo. En cuanto a la prescripción de las acciones judiciales, el artículo 2.536 ibídem, señalaba los términos de prescripción. La anterior disposición fue modificada por la Ley 791 de 2002, para reducir los términos de prescripción. Cabe precisar que antes de la reforma del Código Civil se expidió la Ley 446 de 1998, la cual entró en vigencia el 8 de julio de ese mismo año e introdujo el término de caducidad de la acción ejecutiva derivada de decisiones judiciales, en 5 años.”

Finalmente, la Ley 1437 de 2011, por la cual se expide el código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo, al referirse a la oportunidad para presentar demanda, en su artículo 164, expresa que *“En las relativas a contratos el término para demandar será de dos (2) años que se contarán a partir del día siguiente a la ocurrencia de los motivos de hecho o de derecho que les sirvan de fundamento”*. Tal norma se encuentra en concordancia con el medio de control establecido en el artículo 141 del mencionado código, que debe diferenciarse en todo caso del proceso ejecutivo y la pretensión de ejecutar con títulos derivados del contrato, en los que consten obligaciones claras, expresas y exigibles, siendo ambos aspectos aplicables, pues en modo alguno son contradictorios, en la medida que se encuentran estipulados para supuestos distintos.

Se precisa que el presente concepto se realiza de forma ajena a la situación particular que el Estado este adelantando contra el Ente Territorial en materia de intervención. Lo anterior teniendo en cuenta que los contratos y su ejecución varían para las Entidades que son objeto de Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar. De igual modo, el mismo no comprende la solución directa de problemas específicos, sino que puede servir como criterio orientador para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con el reglamento normativo que regula el tema objeto de consulta.

La presente consulta, se atiende en los precisos términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en virtud del cual, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-105738**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-105738**
Fecha 29/11/2013 05:36 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino Letty Bernal Cardenas
Copia

Referencia: **CONSULTA AFILIACIÓN BENEFICARIO MAYOR DE 18 AÑOS ESTUDIANTE EN EL EXTERIOR.**

Referenciado: 1-2013-086461

Respetada Señora Bernal Cárdenas:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9° del Decreto 1018 de 2007 en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

El Plan Obligatorio de Salud (POS) es de cobertura familiar siendo la Ley la que define quienes integran el Grupo Familiar de un afiliado cotizante. (Artículo 163 de la Ley 100 de 1993)

Al tenor del artículo 34 del Decreto 806 de 1998, la cobertura familiar cobija a los hijos mayores de 18 años y menores de 25 Cotizantes en calidad de Beneficiarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, siempre y cuando dependan económicamente del afiliado cotizante.

Posteriormente, con la expedición del Decreto Ley 019 de 2012, a partir de enero 1 de 2013, la acreditación de los beneficiarios de un cotizante, mayores de 18 años y menores de 25, que sean estudiantes con dedicación exclusiva a esta actividad, se verificará por la Entidad Promotora de Salud a través de bases de datos disponibles que indique para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social, sin requerir la acreditación del certificado de estudios respectivos de cada entidad de educación. (Artículo 119)

El Decreto 2685 de 2012 reglamentario del artículo 119 del Decreto Ley 019 de 2012 señaló en su artículo 6:

“Reporte de información de estudiantes en el exterior. El Ministerio de Educación Nacional reportará la información de aquellas personas que

cursan estudios en el exterior, a través de convenios de instituciones educativas colombianas con sus similares en el exterior.

Parágrafo. Lo establecido en el presente artículo no aplica para las personas que cursan estudios en el exterior de manera independiente, quienes por estar en esta circunstancia excepcional acreditarán directamente ante la Entidad Promotora de Salud su condición de estudiante, con la certificación que señala el parágrafo 2 del artículo 2 de la Ley 1574 de 2012."

En cumplimiento a remisión ordenada por la normativa anteriormente transcrita el beneficiario que se encuentra en el exterior en calidad de estudiante deberá allegar los documentos donde conste la dedicación de la persona a las actividades académicas curriculares con una intensidad académica no inferior a 20 horas semanales. Igualmente allegará constancia de que la institución educativa se encuentra certificada por la autoridad competente para operar en ese país.

En consecuencia, para las personas que se encuentran en el exterior entre los 18 y 25 años de edad para continuar afiliados como beneficiario en el Sistema, deben depender económicamente del afiliado cotizante y allegar certificación expedida por la institución debidamente reconocida en donde conste que el programa que se encuentra cursando tiene una intensidad académica curricular no inferior a 20 horas semanales.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-105740**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-105740**
Fecha 29/11/2013 05:51 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino MANEXKA EPS I
Copia

Referencia: **CONSULTA INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y NATURALEZA JURÍDICA DE LAS EPS I**
Referenciado: 1-2013-083391

Respetado Señor Roqueme:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, a la consulta de la referencia, trasladada a esta Superintendencia por parte de la Procuraduría General de la Nación, en los siguientes términos:

Respecto a la inembargabilidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se tiene que de conformidad con los artículos 48, 63, y 359 de la Constitución Política, concordante con las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007 y el Decreto 050 de 2003, los recursos del Régimen Subsidiado, al tener como destinación específica la prestación de los servicios de salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado, son inembargables.

La Ley 1450 del 16 de junio de 2011, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, "prosperidad para todos", señaló en el parágrafo 2º del artículo 275 que Los recursos que la Nación y las Entidades Territoriales destinen para financiar el régimen subsidiado en salud, son inembargables; concordante con el Decreto 4962 de 2011, artículo 4.

La Procuraduría General de la Nación, mediante Circular Unificada 034 de 2010: expuso: *"El Procurador General de la Nación, como representante de la sociedad, y velando por los intereses de las mismas, solicita a los Jueces de la República se abstengan de ORDENAR o DECRETAR embargos sobre los recursos del Sistema General de Participaciones, de Regalías, del Sistema de Seguridad Social, y las*

Rentas incorporadas en el Presupuesto General de la Nación, pues no sólo con su omisión o extralimitación están vulnerando el Ordenamiento Jurídico, sino que además se afecta gravemente el patrimonio público y orden económico y social del Estado."

En consideración a lo anterior, esta Oficina Asesora Jurídica conceptúa que **no pueden ser embargados los recursos destinados para el Aseguramiento de la Población del Régimen Subsidiado, cuyos ingresos por concepto de UPC-S que efectivamente reciben las EPS-S.**

Ahora bien, debe tenerse en cuenta que el principio de la inembargabilidad presupuestal es una garantía que es necesario preservar y defender, toda vez ella permite proteger los recursos financieros, destinados por definición en un Estado Social de Derecho, a satisfacer los requerimientos indispensables para la realización de la dignidad humana.

También debe recordarse, que la legitimidad del principio de la inembargabilidad del presupuesto no implica que los entes territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado puedan desatender sus obligaciones patrimoniales con los particulares, por lo cual corresponde a los funcionarios encargados de ejecutar los presupuestos públicos emplear la mayor diligencia para cumplir tales obligaciones, con el fin de evitar no sólo que se causen perjuicios al tesoro público por concepto de los eventuales Intereses sino para evitar dilaciones en perjuicio de los particulares acreedores.

El parágrafo 2 del Artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, dispone que los recursos que la Nación y las entidades territoriales destinen para financiar el régimen subsidiado son inembargables.

EXCEPCIONES AL PRINCIPIO DE INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

Ahora bien, frente al principio de la inembargabilidad establecido para los recursos del Sistema General de Participaciones, debe señalarse que la Corte Constitucional en Sentencia No 566 de 2003, señaló:

"Así mismo que en materia de recursos del sistema general de participaciones la Sentencia C-793 de 2002 precisó que las excepciones al principio de inembargabilidad que pueden predicarse respecto de los recursos de la participación de educación a que alude el artículo 18 de la Ley 715 de 2001 solo proceden frente a obligaciones que tengan como fuente las actividades señaladas en el artículo 15 de la misma ley como destino de dicha participación. Y ello por cuanto permitir por la vía del embargo de recursos el pago de obligaciones provenientes de otros servicios, sectores o actividades a cargo de las entidades territoriales afectaría indebidamente la configuración constitucional del derecho a las

participaciones establecido en el artículo 287 numeral 4 y regulado por los artículos 356 y 357 de la Constitución.

Cabe hacer énfasis en que dicho criterio -fijado en la sentencia C-793 de 2002 solamente respecto de los recursos para educación del sistema general de participaciones- debe extenderse en el presente caso a los demás recursos de dicho sistema, con la única salvedad a que más adelante se refiere la Corte respecto de los recursos que pueden destinar libremente los municipios de las categorías 4, 5 y 6 cuando estos no se destinen a financiar la infraestructura en agua potable y saneamiento básico.

En este sentido, de la misma manera que en el caso de la participación en educación, ha de entenderse que las excepciones al principio de inembargabilidad que pueden predicarse, en aplicación de los criterios jurisprudenciales atrás citados, respecto de los recursos de las participaciones en salud y propósito general, solo proceden frente a obligaciones que tengan como fuente las actividades que la ley 715 de 2001 fija como destino de dichas participaciones.

Así las cosas, la Corte declarará la exequibilidad de la expresión "estos recursos no pueden ser sujetos de embargo" contenida en el primer inciso del artículo 91 de Ley 715 de 2001, en el entendido que los créditos a cargo de las entidades territoriales por actividades propias de cada uno de los sectores a los que se destinan los recursos del sistema general de participaciones (educativo, salud y propósito general), bien sea que consten en sentencias o en otros títulos legalmente válidos que contengan una obligación clara, expresa y actualmente exigible que emane del mismo título, deben ser pagados mediante el procedimiento que señale la ley y que transcurrido el término para que ellos sean exigibles, es posible adelantar ejecución, con embargo, en primer, lugar, de los recursos del presupuesto destinados al pago de sentencias o conciliaciones, cuando se trate de esa clase de títulos, y, si ellos no fueren suficientes, de los recursos de la participación respectiva, sin que puedan verse comprometidos los recursos de las demás participaciones"

Así las cosas y expuesto lo anterior, se tiene que si la medida cautelar de embargo sobre los recursos del Sistema General de Participaciones asignados a salud provienen de créditos por conceptos distintos a los cubiertos con esas participaciones, no será procedente efectuar un embargo a los recursos en comento. En caso contrario, podrán embargarse dichos recursos.

En este orden de ideas, es claro que los dineros del sector salud, no pueden ser utilizados para fines distintos de aquellos a los cuales estén destinados, ni ser objeto del giro ordinario de los negocios de las entidades financieras, ni formar

parte de los bienes de dichos establecimientos, ni desviarse hacia objetivos diferentes; por lo tanto, no podrán ser materia de medida cautelar de embargo.

Por último, la Ley 1122 de 2007 en su artículo 13, concordante con la Resolución 3042 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social Hoy Ministerio de Salud y Protección Social y el Decreto 971 de 2011, los dineros del sector salud se deben manejar en cuentas independientes (cuentas maestras) del resto de bienes y rentas de la entidad promotora de salud; por lo tanto, no podrán ser materia de medida cautelar de embargo.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 25 de la Ley 691 de 2001 y para los efectos señalados en el literal f) del artículo 14 y los artículos 16 y 20 de la Ley 1122 de 2007, sobre la contratación de servicios de salud, las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado le darán a las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas (IPSI) tratamiento de empresas sociales del Estado. Artículo 1º, Decreto 4972 de 2007; en consecuencia las IPS I son de naturaleza pública.(artículo 194 de la Ley 100 de 1993)

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-106906**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-106906**
Fecha 04/12/2013 02:33 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
Copia

Referencia: **CONSULTA GIRO DIRECTO A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR LA ATENCIÓN BRINDADA A LA POBLACION POBRE NO CUBIERTA**

Referenciado: 1-2013-095806

Respetado Doctor Cervantes Ruiz:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007 en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, a la consulta de la referencia en los siguientes términos:

De conformidad con las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011 y el Decreto 2462 de 2013, dentro de las competencias y funciones asignadas a esta Superintendencia - Oficina Asesora Jurídica no se encuentra la de pronunciarse sobre la viabilidad o no de reconocer y pagar directamente a los Prestadores de Servicios de Salud por los servicios prestados a la población pobre no asegurada por los servicios prestados con anterioridad al último trimestre del año inmediatamente anterior. Precisando que la Superintendencia Nacional de Salud, es un organismo de carácter técnico, que como máximo órgano de control del Sistema General de Seguridad Social en Salud debe propugnar porque los Integrantes del mismo cumplan a cabalidad los ejes de financiamiento, Aseguramiento, Prestación de Servicios de Atención Pública, Atención al Usuario y Participación Social, eje de Acciones y Medidas Especiales, Información y Focalización de los subsidios de salud.

Respecto al giro directo a los Prestadores de Servicios de Salud el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, a través de su inciso 2º establece que, el Ministerio de la Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social girará directamente a nombre de las entidades territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las EPS y podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con fundamento en el instrumento jurídico que para el efecto defina el Gobierno Nacional.

En cumplimiento de lo anterior el artículo 1º, del Decreto 971 de 2011 definió el instrumento jurídico y técnico a través del cual el Ministerio de Salud y de Protección Social podrá efectuar el giro directo a las EPS e IPS de los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado.

El artículo 6º de la norma en comento, establece como requisito previo para el giro de recursos por parte del Ministerio de Salud y de Protección Social a nombre de la Entidad Territorial, la obligación por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de reportar la información de los recursos contratados por capitación para el giro de los mismos.

Por su parte, el artículo 12 del Decreto 971 de 2011, establece el giro directo de recursos para los Prestadores de Servicios de Salud (PSS), dentro del marco del plan piloto definido por el Ministerio de Salud y la Protección social, en virtud del cual las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, reportarán en la fecha establecida, la certificación del monto a girar al prestador de servicios de salud debidamente habilitado, y en cumplimiento de las reglas y los requisitos establecidos por la Resolución 2320 de 2011 para el giro directo de recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 6º de la Resolución 2320 de 2011, las Entidades Promotoras de Salud deben reportar al Ministerio de la Protección Social hoy de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) primeros días hábiles de cada mes, a través de la plataforma electrónica dispuesta para tal fin y conforme con la estructura definida en el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 2320 de 2011, el monto a girar a cada prestador en el respectivo mes.

Es por esto qué para minimizar errores de estructura en los datos contenidos en los archivos remitidos por las Entidades Promotoras de Salud, es fundamental realizar validaciones de los mismos y por tanto se hizo necesario modificar el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 2320 de 2011, mediante la Resolución 2977 de 2011.

Efectuado el registro de las cuentas ante el Ministerio de Salud y de Protección Social, previo cumplimiento de los requisitos ya mencionados, y en los plazos establecidos, éste procederá a publicar el listado de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de las cuales se haya registrado la cuenta en legal forma, y que en consecuencia quedan habilitadas para el giro directo de los recursos del régimen subsidiado, de conformidad con lo establecido por el artículo 4º de la Resolución 2320 de 2011, modificado por el artículo 1º de la Resolución 4182 del mismo año. Publicado el listado de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud reportarán a el Ministerio de Salud y de Protección Social a través de los mecanismos diseñados para tal fin y en cumplimiento de lo señalado en el anexo técnico 2 de la Resolución en comento, el monto a girar a cada prestador de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6º de la Resolución 4182 de 2011. Evento en el cual, el Ministerio de Salud y de

Protección Social, procederá al Giro directo de Recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de conformidad con las reglas señaladas para el efecto, por el artículo 3º de precitada Resolución.

Si bien, conforme lo anterior, el giro directo constituye un mecanismo de recaudo y flujo de recursos para los diferentes actores del sistema, los cuales podrá girar de manera directa el Ministerio de Salud y Protección Social a las Entidades Promotoras de Salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, específicamente, el artículo 15º de la Resolución 971 de 2011, determina el giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que deberá efectuar el Ministerio de Salud y Protección Social, previa autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones contraídas por la EPS con la red de prestadores, cuando en virtud del mismo se ponga en grave riesgo el acceso a los servicios de salud de los afiliados.

Es importante aclarar que el giro directo de que trata el inciso segundo del artículo 29 de la Ley 1438 de 2011, los Decretos 971 y 3830 de 2011 y las Resoluciones 2320, 2977 y 4182 de 2011, está reglamentada como voluntaria por parte de las EPS S, y no como obligatoria ya que este debe ir acorde a lo dispuesto para el pago de la prestación de los servicios de salud por el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el Decreto 4747 de 2007, las Resoluciones del Ministerio de Salud y de Protección Social 3047 de 2008, 416 de 2009 y 3253 de 2009 que continúan vigentes, esto, en la medida que no exista disposición que establezca lo contrario, esto es, que lo deben hacer y que si no lo hacen habrá sanción, por ello.

Así mismo, es definido el giro directo en modalidad de sanción a quien no paga lo que debe pagar, giro directo que autoriza la Superintendencia Nacional de Salud al Ministerio de Salud y Protección Social una vez se verifique por la Superintendencia Nacional de Salud que el incumplimiento en los pagos pone en grave riesgo el acceso a los servicios de salud a los afiliados.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-108308**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-108308**
Fecha 09/12/2013 01:58 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIO MAYOR DE ANTIOQUIA
Copia

Referencia: **CONSULTA PAGO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE
DOCENTES UNIVERSITARIOS**

Referenciado: 1-2013-097319

Respetado doctor Arteaga Velásquez:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

El artículo 1º de la Ley 647 de 2001, modificatorio del inciso 3º, artículo 57 de la Ley 30 de 1992, establece que, el carácter especial del régimen de las universidades estatales u oficiales, comprenderá la organización y elección de directivas, del personal docente y administrativo, el sistema de las universidades estatales u oficiales, el régimen financiero, el régimen de contratación y control fiscal y su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la Ley 647 de 2001.

El sistema propio de seguridad social en salud de las universidades estatales u oficiales, conforme a lo establecido por el parágrafo del artículo 2º de la Ley 647 de 2001, que se adiciona al artículo 57 de la Ley 30 de 1992, se regirá por las siguientes reglas básicas:

"Organización, dirección y funcionamiento. Será organizado por la Universidad como una dependencia especializada de la misma, con la estructura de dirección y funcionamiento que igualmente se establezca para el efecto. Sin embargo, las universidades podrán abstenerse de organizarlo, para que sus servidores administrativos y docentes y sus pensionados o jubilados elijan libremente su afiliación a las entidades promotoras de salud previstas por la Ley 100 de 1993;

Administración y financiamiento. El sistema se administrará por la propia Universidad que lo organice y se financiará con las cotizaciones que se establezcan en los términos y dentro de los límites máximos previstos en el inciso 1o. del artículo 204 de la Ley 100 de 1993. El sistema podrá prestar directamente servicios de salud y/o contratarlos con otras instituciones prestadoras de servicios de salud;

Afiliados. Únicamente podrá tener como afiliados a los miembros del personal académico, a los empleados y trabajadores, y a los pensionados y jubilados de la respectiva Universidad. *Se garantizará el principio de libre afiliación y la afiliación se considerará equivalente para los fines del tránsito del sistema general de la Ley 100 de 1993 al sistema propio de las universidades o viceversa, sin que sean permitidas afiliaciones simultáneas;*

Beneficiarios y plan de beneficios. Se tendrán en cuenta los contenidos esenciales previstos en el Capítulo III de la Ley 100 de 1993;

Aporte de solidaridad. Los sistemas efectuarán el aporte de solidaridad de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993". (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Por lo señalado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud contenido en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, no se aplica a las universidades estatales u oficiales que establezcan su propia seguridad social en salud, en desarrollo de lo definido por la Ley 647 de 2001, entendiéndose por este evento que dichas instituciones y los miembros de estas, hacen parte, de los regímenes exceptuados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993.

Es así como, las universidades estatales u oficiales que organicen su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la Ley 647 de 2001, no pueden entenderse como parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, esto es, del Régimen Contributivo del SGSSS, ya que se constituyen como organismos excepcionados del Sistema, autónomos e independientes de este, teniendo en cuenta que el fundamento para ello, es la organización de su propia seguridad social en salud. Mientras que, las universidades estatales u oficiales que no organicen su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la Ley 647 de 2001, harán parte integral del SGSSS y de su normatividad reglamentaria.

De esta manera, el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, disponen que el Sistema General de Seguridad Social en Salud contenido en dichas normas no se aplica entre otros a los miembros de las fuerzas militares y de la policía nacional, ni al personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, a los miembros no remunerados de las corporaciones públicas, a los afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, a los servidores públicos de la

Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma, **ni a los miembros de las Universidades públicas que establezcan su propio régimen de salud.**

En cuanto a la financiación del sistema se establece que, esta se hará con las cotizaciones de los usuarios y dentro de los términos establecidos por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007, es decir la cotización según el legislador, será máximo del doce punto cinco por ciento (12.5%) del ingreso base de cotización, correspondiendo dos terceras partes al empleador y una tercera parte al trabajador. Igualmente está previsto que el uno punto cinco por ciento (1.5%) de la cotización debe trasladarse al Fondo de Solidaridad y Garantía.

El artículo 18 de la Ley 100 de 1993 prevé:

"ARTÍCULO 18. BASE DE COTIZACIÓN. <Inciso 4. y párrafo modificados por el artículo 5 de la Ley 797 de 2003. (El artículo 5 de la Ley 797 de 2003 transcribe todo el artículo). El nuevo texto es el siguiente:> La base para calcular las cotizaciones a que hace referencia el artículo anterior, será el salario mensual.

El salario base de cotización para los trabajadores particulares, será el que resulte de aplicar lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo.

El salario mensual base de cotización para los servidores del sector público, será el que señale el Gobierno, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 4a. de 1992."

En cuanto a los contratos cuyo monto mensual sea inferior a un salario mínimo, la Ley 1122 de 2007 modificó el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, estableciendo al efecto un nuevo monto y distribución de las cotizaciones, en tal sentido, el artículo 10 fijó la cotización para Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, a partir del 1o de enero de 2007 en 12.5% del ingreso o salario base de cotización IBC, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo, distribuido así: la cotización a cargo del empleador será del 8.5% y a cargo del empleado el 4%. Un punto cinco (1,5) de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

De otra parte, el Decreto 1703 de 2002 en el artículo 24 establece: "BASE DE COTIZACIÓN PARA TRABAJADORES CON JORNADA LABORAL INFERIOR A LA MÁXIMA LEGAL. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 65 del Decreto 806 de 1998, para la afiliación de trabajadores dependientes cuya jornada de trabajo sea inferior a la máxima legal y el salario devengado sea inferior al mínimo legal mensual vigente, se deberá completar por el empleador y el trabajador en las proporciones correspondientes, el aporte en el monto faltante para que la cotización sea igual al 12.5% de un salario mínimo legal mensual.(...)"

Posteriormente el artículo 2 de la Ley 1443 de 2011 señaló:

“Adiciónese un literal al artículo 2o de la Ley 647 de 2001, así:

f) Para los efectos de la presente ley se dará aplicación a la Planilla Integrada de Aportes consagrada en el Decreto 1931 de 2006 y las normas que lo modifiquen o adicionen.”

Finalmente debe anotarse que no corresponde a esta Superintendencia pronunciarse sobre las formas de contratación de los entes universitarios y la viabilidad jurídica de las mismas, así como respecto de situaciones particulares y concretas.

La presente consulta, se atiende en los precisos términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en virtud del cual, los conceptos emitidos por las autoridades, como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas, no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-108483**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-108483**
Fecha 09/12/2013 04:42 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS
Copia

Referencia: **CONSULTA - DESARROLLO DEL CONTRATO POR
CAPITACIÓN**
Referenciado: 1-2013-080323

Respetada doctora Ruíz Jaramillo:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

El pago por captación se constituye como el pago de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. (Literal a, artículo 4º, Decreto 4747 de 2007).

En esta forma de pago, el PSS tendrá a su cargo entonces a un conjunto determinado de personas por las que recibirá un giro periódico y fijo, durante un periodo de tiempo determinado y a partir de un paquete de servicios predefinido, **sin importar el número de veces que acudan al servicio.**

Reglas a las cuales se debe sujetar el pago por capitación. (Decreto 4747 de 2007)

1. Este mecanismo de pago, debe establecer el listado de personas incluidas, la suma a ser pagada por persona y por periodo (usualmente por mes), y el tipo de servicios que deben ser provistos. Además de cumplir con las formalidades de todos los contratos, el contrato debe especificar los soportes requeridos para el pago, las formas y periodicidad de los mismos y

el manejo de las cuotas moderadoras, los copagos y las cuotas de recuperación.

2. Igualmente, y con el fin de asegurar las acciones de auditoría de la calidad, deberá establecerse el tipo de información que deberá ser reportada por el prestador al pagador relacionada con las personas atendidas y el tipo y volumen de servicios prestados, sin excluir los requerimientos de información establecidos en la normatividad del sistema Salud. Así mismo, es necesario establecer los mecanismos de conciliación o pago entre los pagadores y los Prestadores de Servicios de Salud PSS, cuando algún servicio incluido dentro de la cápita sea prestado por otra institución diferente a la contratada.
3. En ningún caso los contratos por capitación podrán implicar el traslado de las responsabilidades que por ley les corresponden a los pagadores, tales como el control de la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad de los servicios, y la garantía de libre acceso y escogencia de los afiliados a los distintos prestadores de servicios.
4. Los contratos por capitación que celebren las entidades pagadoras con los PSS, no las relevan de la **responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento**, frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Inciso 1º, artículo 41º Decreto 050 de 2003).
5. En el contrato deberá especificarse con toda claridad cuáles son los servicios, programas, metas y coberturas pactadas que conforman el objeto de la capitación.
6. **En el contrato por capitación, es necesario determinar en forma clara, que servicios habilitados son los que se capitan mas no el nivel institucional, teniendo en cuenta que lo que se contratan son servicios habilitados, mas no la institución, o un nivel de atención.** Los servicios de baja, mediana o alta complejidad de atención en salud, son los declarados, habilitados y registrados por los prestadores de servicios de salud, no se habilitan Niveles de Atención, sino las condiciones y estándares de los servicios de salud que pretendan ofertar los prestadores de servicios de salud.
7. Por lo que, no se debe capitar la institución, ni los niveles de atención, sino que por el contrario, **la capitación debe referirse a los servicios habilitados y registrados** por el prestador de servicios de salud.

Un problema que se evidencia en esta forma de pago es que el pagador contrata el nivel de atención sin tener en cuenta los servicios de salud que de este nivel el PSS tenga habilitados, razón por la cual el PSS termina subcontratando los servicios que este no tiene con otro prestador, dando

lugar a la presencia de la intermediación, prohibida por la legislación en servicios de salud.

Así mismo, se ha encontrado en los contratos de promoción y prevención por capitación, que al PSS de baja complejidad, se le obliga realizar actividades de alta complejidad, las cuales, podría hacer si estas estuvieran habilitadas por el respectivo PSS de baja complejidad contratado, no obstante, en la mayoría de los casos, el PSS tan solo tiene servicios habilitados de baja complejidad y no de alta, aún así, sin tener en cuenta lo anterior, el pagador contratante, obliga al PSS a asumir servicios de alta complejidad, no habilitados por este, obligando a incurrir al PSS en la intermediación o subcontratación del PSS que tenga habilitados los servicios de alta complejidad requeridos por el pagador.

8. En el contrato por capitación, el PSS, solo deberá responder por las actividades correspondientes a la complejidad objeto del contrato, por este evento, no puede responder en forma alguna por actividades que se relacionen con otra complejidad distinta a la pactada en el contrato, salvo aquellas que tengan que ver con el proceso de referencia y contrarreferencia a las cuales se obligue en virtud del contrato que firma.

El PSS contratado debe cobrar como tratamiento integral, sin fraccionar por grados de complejidad técnico científica o niveles de atención, la atención de la patología o la realización del procedimiento capitados, ya que no es idóneo ni ético de parte del contratante, establecer para un usuario hospitalizado en un PSS de un grado de complejidad o nivel de atención superior, que para una acción o actividad relacionada con la patología por la cual se encontrara hospitalizado tuviera que dirigirse a un grado o nivel inferior, por concepto de que este servicio se encuentre cubierto en ese grado nivel inferior bajo la capitación, menoscabando y perjudicando de esta manera los derechos de los usuarios y la garantía de protección en las contingencias de su salud amparadas por la Ley.

Esta forma de pago ha permitido que, por el evento de establecer la capitación por niveles y no por servicios, al ser requerido un laboratorio, un medicamento, una imagen diagnóstica en mediana o alta complejidad, el pagador, bajo el argumento de que estos son servicios de baja complejidad, envía al paciente al PSS de baja complejidad para que este suministre el medicamento, imagen diagnóstica y laboratorio, para luego volver a mediana o alta a su análisis o estudio, o peor aún, dicho servicio es suministrado en mediana o alta complejidad, y descontado su valor de la cápita de baja complejidad, bajo el argumento de que dichos servicios pertenecen a baja complejidad y no a mediana o alta.

9. El pagador, deberá disponer de instrumentos permanentes para atender las quejas y reclamos de los afiliados en el municipio sede del prestador de

servicios de salud contratado y en los municipios donde residan los afiliados involucrados en el contrato por capitación, con el fin de garantizar y exigir ante el prestador de servicios la oportuna y adecuada atención.

10. De igual manera los PSS, deberán disponer de un mecanismo de atención al usuario con el mismo propósito.
11. Los contratos deberán sujetarse a los criterios de calidad y oportunidad y deberán tener en consideración la facilidad de acceso del afiliado a un PSS.
12. Cuando la oferta y las condiciones de mercado lo permitan, deberá garantizarse un número plural de opciones y como mínimo una opción en el municipio en donde reside el afiliado o en el lugar más cercano. Lo anterior con el ánimo de cumplir el principio y derecho de los usuarios de la libre escogencia de PSS, el cual, es hoy consagrado por el Decreto 4747 de 2007 en el párrafo 2° del artículo 6° y en el párrafo 2° del artículo 14°.
13. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros conforme a lo establecido por el inciso 2° del artículo 41 del Decreto 050 de 2003, teniendo en cuenta que si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, el pagador cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención, tal y como lo establece el párrafo 1° del artículo 7° del Decreto 4747 de 2007.
14. Los pagadores de servicios de salud que realicen contratos de capitación deberán requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio de la Protección Social, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias.
15. En todo caso, deberán requerirla con la misma periodicidad con la que procesa su información cuando contrata por servicio prestado.
16. Los pagadores se abstendrán de celebrar o renovar contratos con las entidades que no cumplan lo previsto en materia de información conforme al párrafo 1° del artículo 41° del Decreto 050 de 2003.
17. Como el sistema de capitación está basado en el concepto de enfermo potencial y no el de enfermedad sentida y demanda un amplio conocimiento de las características de la población atendida.

18. Los afiliados con diagnóstico entonces deberán ser atendidos por el PSS previa autorización de la ERP, y serán cancelados al PSS bajo la modalidad de evento o facturación, para ello, estos servicios, deben ser acreditados por el PSS, mediante la presentación de los documentos que los soporten, esto es, mediante la presentación de facturas que así lo demuestren y soporten para su reconocimiento y pago.

Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud mediante el mecanismo de pago por capitación.
(Artículo 7º, Decreto 4747 de 2007).

1. Base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades.
2. Perfil epidemiológico de la población objeto del acuerdo de voluntades.
3. Monto que debe ser pagado por el responsable del pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios.

El **valor inicial del Contrato** es por una suma determinada, que corresponde al resultado obtenido de multiplicar el Valor del Porcentaje de la UPC destinado a cubrir los servicios objeto del contrato, por el número de afiliados de la base de datos que forma parte del contrato.

Se debe llamar al valor del contrato, **valor inicial del Contrato** debido a los ajustes que este presenta, por concepto de novedades que se presenten durante la ejecución del contrato; ajustes que se harán en cada pago mensual o a más tardar en el momento de la liquidación de los respectivos contratos. Esto por analogía ha sido traído de los contratos de aseguramiento del régimen subsidiado, en los que el valor inicial queda sujeto en su pago a novedades, descuentos y pagos adicionales, que llevan a que el valor pactado en inicio, al final de este contrato pueda ser menor o mayor sin la existencia de otro sí o contrato modificadorio para el evento del pago. Lamentablemente aún teniendo esta claridad, los pagadores de servicios de salud, establecen la firma del valor del contrato, sin determinar este valor como valor adicional, y para el evento del reconocimiento y pago de valores adicionales por novedades o incrementos de UPC, establecen el requerimiento de un otro sí o contrato modificadorio para su reconocimiento y pago, esto es, una barrera más para el adecuado flujo de los recursos entre pagadores y prestadores en salud.

El valor de la Unidad de Pago por Capitación sobre el cual se cancelará el valor del contrato, será en principio el vigente al momento de la celebración del contrato y en desarrollo del contrato, el que se determine durante su ejecución por la autoridad competente, por lo que, la entidad

responsable del pago, se obliga para con el PSS, a cancelar el valor del contrato, teniendo en cuenta los valores diferenciales de la UPC, y los incrementos que sobre la UPC se establezcan por la autoridad competente.

4. Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el Ministerio de la Protección Social. Esto es:
 - Que se identifique claramente las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, mediante un Anexo Técnico que defina expresamente no solo cuáles son los incluidos, sino también cuáles son los no incluidos en el acuerdo de voluntades para la prestación de servicios de salud.
 - Que no solo se identifique el servicio capitado, sino el porcentaje de este frente a la cápita total contratada, para que, en el evento del incumplimiento de una meta o de un indicador en uno de los servicios capitados, los descuentos por este incumplimiento se apliquen sobre el porcentaje de la cápita establecido para el servicio incumplido, y no sobre el total de la capitación. Lamentablemente, este ejercicio no se realiza, y lo que actualmente sucede en la contratación por capitación, es que una meta o indicador incumplido en uno de los servicios capitados, aplica el descuento sobre la totalidad de la capitación, en detrimento del pago final al PSS.
- Debida atención con la descripción clara de la complejidad de los servicios a los cuales el prestador quedará obligado por el contrato.
5. Metas de cobertura, resolutivez y oportunidad en la atención, de acuerdo con la normatividad vigente. (Resolución 3253 de 2009).
6. Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.
7. Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas por el acuerdo de voluntades, asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

Prestación directa de los servicios capitados. (Parágrafo 1º, artículo 7º, Decreto 4747 de 2007).

Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Quiere esto decir que el PSS contratado, no podrá inicialmente prestar los servicios capitados a través de otro PSS.

Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador:

- Por remisión de la institución prestadora en la contratación que se realice con las ERP, entidades que ofrezcan Planes Adicionales de Salud, particulares y demás pagadores del sistema de salud Colombiano, se señalarán expresamente **los servicios que serán prestados en forma directa por el PSS contratado y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros** conforme a lo definido por el inciso 2° del artículo 41° del Decreto 050 de 2003, o
- En caso de urgencias,

La entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.

Obligaciones propias del aseguramiento en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud mediante el mecanismo de pago por capitación.

El mecanismo de pago por capitación, no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud tal y como lo define el parágrafo 2° del artículo 7° del Decreto 4747 de 2007.

De esta manera, obligaciones propias del aseguramiento tales como la información de la población a ser atendida, esto es, la garantía de la administración en línea o de la entrega y actualización de la información por los medios disponibles, en caso de no contar con la información actualizada en línea, de las bases de datos de los usuarios, el aseguramiento de su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades, que son de cargo exclusivo de las de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud, no podrán ser transferidas por ningún concepto a los prestadores de servicios de salud y por ende descontadas como novedades de los contratos de prestación de servicios de salud, por no entenderse como novedades propias del contrato por capitación, sino como obligaciones propias del aseguramiento exclusivas de las responsables del pago, esto es, obligaciones intransferibles, indelegables (Parágrafo 1°, artículo 6°, y parágrafo 2°, artículo 7°, Decreto 4747 de 2007, Inciso 2°, artículo 12°, Ley 1122 de 2007. No olvidar así mismo que, las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento).

En consecuencia, las normas aplicables en materia de contratación en salud son las establecidas en el Decreto 4747 de 2007 y sus normas reglamentarias, concordante con el Título VI, Capítulo I de la Ley 1438 de 2011, denominado De La Prestación de Servicios de Salud es decir, que el procedimiento se encuentra

debidamente reglado, implicando que los diferentes actores deben sujetarse a las disposiciones legales allí descritas.

Por lo anterior, los interrogantes y discrepancias que existan con las entidades responsables del pago, deberán ser resueltos a la luz de lo pactado en los contratos de prestación de servicios de salud, sin que ello perjudique los derechos de la población usuaria, pues las obligaciones contractuales entre un Prestador de Servicios de Salud y una entidad responsable del pago, son las establecidas en el contrato y/o sus anexos técnicos, bajo la suposición, de que fueron oportuna y suficientemente aclarados entre las partes durante la etapa previa a la firma o formalización del contrato; por consiguiente, sus interrogantes deben ser aclarados con la contraparte, a la luz de lo pactado, y las normas obligatorias sobre modalidades de contratación y de pago.

A su vez, la Ley 1474 de 2011- Estatuto Anticorrupción prevé en su artículo 95: *"APLICACIÓN DEL ESTATUTO CONTRACTUAL. Modifíquese el inciso 2o del literal c) del numeral 4 del artículo 2o de la Ley 1150 de 2007, el cual quedará así: En aquellos eventos en que el régimen aplicable a la contratación de la entidad ejecutora no sea el de la Ley 80 de 1993, la ejecución de dichos contratos estará en todo caso sometida a esta ley, salvo que la entidad ejecutora desarrolle su actividad en competencia con el sector privado o cuando la ejecución del contrato interadministrativo tenga relación directa con el desarrollo de su actividad."*(negrilla y subrayado fuera del texto)

Por último, y con el propósito de cumplir los objetivos del Sistema a partir de la vigencia de la Ley 1122 de 2007, como son el adecuado flujo de recursos y la prestación efectiva de los servicios de salud de los usuarios del Sistema, la Oficina Asesora Jurídica le informa que los desacuerdos o conflictos que surjan entre los sujetos que son objeto de vigilancia por parte de este Organismo de Inspección, Vigilancia y Control y/o entre estos y los usuarios, estos pueden ser objeto de Conciliación extrajudicial en derecho, como Mecanismo Alternativo de Solución de Conflictos, acudiendo para tal fin a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, según artículo 38 de la Ley 1122 de 2007, concordante con el inciso 5 del artículo 57 y los artículos 126 y 135 de la Ley 1438 de 2011.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-108503**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-108503**
Fecha 09/12/2013 05:31 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino Alexandra Bo Roiz
Copia

Referencia: **CONSULTA RELACIONADA CON EL MANEJO Y
RECTIFICACION DE DATOS POR PARTE DE LA EPS**
Referenciado: 1-2013-093548

Respetada Señora Alexandra Bo Roiz:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007 en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, tal y como le compete, a la consulta de la referencia en los siguientes términos:

El derecho al Habeas Data es un derecho fundamental consagrado en el artículo 15 de la Constitución Política el cual establece que:

***“Artículo 15.** Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas (...)”* (Subrayado fuera de texto)

Este derecho fue desarrollado por la Ley Estatutaria 1581 de 2012 *“Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”*, la cual estableció en su artículo 8 los derechos de los Titulares de la Información, entre los cuales se encuentra:

“Artículo 8°. Derechos de los Titulares.

El Titular de los datos personales tendrá los siguientes derechos:

a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los Responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento esté

expresamente prohibido o no haya sido autorizado; (...)" (Subrayado fuera de texto)

En este mismo sentido estableció la Ley 1581 de 2012 los deberes de los Responsables del Tratamiento de la Información, en este caso la EPS, entre los cuales se encuentran:

"Artículo 17. Deberes de los Responsables del Tratamiento.

(...)

f) Actualizar la información, comunicando de forma oportuna al Encargado del Tratamiento, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada;

g) Rectificar la información cuando sea incorrecta y comunicar lo pertinente al Encargado del Tratamiento; (...)"

La Obligación de las EPS de mantener actualizada la información de sus afiliados, fue igualmente establecida por la Resolución 0001344 de 2012, la cual dispuso en su artículo 5° lo siguiente:

"Artículo 5°. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. *Las entidades que administran las afiliaciones en los distintos regímenes serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada al administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por lo tanto, dichas entidades deberán velar por su oportuna actualización y/o corrección de información de conformidad con los principios de la administración de datos, previstos en el artículo 4° de la Ley 1266 de 2008 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.*

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones en los distintos regímenes, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación y la respectiva modificación para su correcto registro en la Base de Datos Única de Afiliados, BDUA." (Subrayado fuera de texto)

Como se observa, el derecho a actualizar y rectificar la información propia depositada en las entidades tanto públicas como privadas, es de rango constitucional y cubre a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud; asimismo, las EPS se encuentran en la obligación de actualizar y corregir la información de sus afiliados en sus bases de datos, máxime cuando se presenten afectaciones a la prestación del servicio de salud.

Finalmente, y ante las posibles irregularidades en la prestación del servicio de salud, le informamos que hemos dado traslado de su consulta a la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud a fin de que se evalúe la conducta de Sanitas EPS en el presente caso. Lo anterior en virtud de lo señalado en el numeral 1 del artículo 17 del Decreto 1018 de 2007, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013,

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en virtud del cual los conceptos emitidos por las autoridades como respuesta a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas, no son de obligatorio cumplimiento o ejecución.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-110989**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-110989**
Fecha 16/12/2013 08:42 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino PEOPLE CONTACT
Copia

Referencia: **CONSULTA RELACIONADA CON LA PORTABILIDAD EN CASO DE EMIGRACION PERMANENTE.**

Referenciado: 1-2013-099976

Respetada doctora Claudia Eugenia:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, tal y como le compete, a la consulta de la referencia en los siguientes términos:

La Portabilidad fue definida por el Legislador a través de la Ley 1438 de 2011 en los siguientes términos:

“Artículo 22. Portabilidad nacional. Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios.

El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad.”

Así las cosas, la Portabilidad es una expresión del Derecho Fundamental a la Salud, por medio de la cual se garantiza la accesibilidad de los afiliados y sus beneficiarios a los servicios de salud en todo el territorio nacional; en este sentido, ha manifestado la H. Corte Constitucional, que la Portabilidad es un derecho “(...) que tiene todo colombiano a ser atendido por las entidades que componen el Sistema de Seguridad Social en Salud, en cualquier lugar del territorio.” SENTENCIA T - 627 de 2011 M.P. MARÍA VICTORIA CALLE CORREA.

Este derecho fue reglamentado por medio del Decreto 1683 de 2013, en el cual se estableció lo siguiente:

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

En cuanto a las reglas y el procedimiento para acceder a la Portabilidad en caso de Emigración Ocasional, Temporal o Permanente, estableció el Decreto ya identificado que:

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

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

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

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

2. Emigración temporal: Cuando el afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro municipio dentro del territorio nacional por un período superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12), la EPS deberá garantizarle su adscripción a una IPS primaria en el municipio receptor y a partir de esta, el acceso a todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud en la red correspondiente.

3. Emigración permanente: Cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EPS, afiliándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor. Cuando la emigración temporal supere los doce (12) meses, esta se considerará permanente y el afiliado deberá trasladarse de EPS o solicitar una prórroga por un año más, si persisten las condiciones de temporalidad del traslado.

Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado emigre permanentemente y opte por cambio de EPS, su afiliación en el municipio receptor se hará con base en el nivel Sisbén establecido para su anterior afiliación, hasta tanto el municipio receptor practique una nueva encuesta, lo cual en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento (...)

De la lectura de este artículo se pueden extraer las siguientes reglas:

1. Cuando la emigración es Ocasional y no supera el término de 1 mes, el usuario podrá acceder a los servicios de salud en cualquier IPS que cuente con el servicio de urgencias.
2. Si la emigración es Temporal, entendida esta como el traslado superior a 1 a mes e inferior a 12 meses, la EPS debe adscribirlo a una IPS primaria del municipio receptor en donde recibirá los servicios de salud.
3. Finalmente, si la emigración es Permanente para todo el núcleo familiar, el afiliado debe cambiar de EPS a una que tenga cobertura en el municipio receptor.

En este último caso, la norma incluye además, una presunción según la cual si la emigración temporal supera los 12 meses esta se entenderá permanente.

La interrogante que surge entonces, es si solamente hay Emigración Permanente cuando han transcurrido 12 meses y se cumple con esta presunción.

En este sentido, esta Oficina considera , que la presunción contenida en el numeral 3° del artículo 5° no es excluyente, pues es posible que un afiliado emigre junto con su núcleo familiar a sabiendas que dicho traslado es definitivo, por lo que resultaría ilógico, que a pesar de estar seguro de que el traslado es permanente, tenga que esperar 12 meses para afiliarse a una EPS de su nuevo domicilio.

En efecto, la pluricitada presunción tiene como fin evitar que las consecuencias de un traslado Temporal se extiendan indefinidamente en el tiempo, obligando a una EPS a mantener perpetuamente vínculos con IPS que se encuentran fuera de su área de cobertura.

Así las cosas se concluye, que en caso de existir una emigración permanente de un afiliado y su núcleo familiar, bien sea porque el traslado temporal supero el periodo de 12 meses ó porque sin superar este término el afiliado es consciente del carácter definitivo de su traslado, procederá a afiliarse a una EPS que opere el respectivo régimen en el municipio receptor.

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en virtud del cual los conceptos emitidos por las autoridades como respuesta a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas, no son de obligatorio cumplimiento o ejecución.

Cordialmente,
Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-110992**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-110992**
Fecha 16/12/2013 09:07 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO
Copia

Referencia: **CONSULTA FUSIÓN POR ABSORCIÓN DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO QUE SE ENCUENTRAN EN MEDIDA DE INTERVENCIÓN**
Referenciado: 3-2013-019981

Respetada doctora Ahumada Rodríguez:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9° del Decreto 1018 de 2007 en aplicación de lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, emite conceptos en términos generales, los cuales no comprenden la solución directa de problemas específicos sino que los mismos sirven como criterio orientador para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con el reglamento normativo que regula. En tal sentido es oportuno recordar que el proceso de toma de posesión es reglado, en consecuencia se aplican las disposiciones legales que regulan dicho proceso, es decir, el Estatuto Orgánico Financiero, con sus modificaciones, adiciones y reglamentaciones, la Ley 510 de 1999, el Decreto 2418 de 1999, aplicados por remisión expresa de los Decretos 1922 de 1994 y 1015 de 2002, y por último el Decreto 2555 de 2010 normas aplicables a las intervenciones forzosas administrativas para liquidar ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud, normas de procedimiento que establecen que la toma de posesión conlleva entre otras, la separación de los administradores y directores de la administración de los bienes de la intervenida.

El artículo 5 del Decreto 1876 de 1994, dispuso que las Empresas Sociales del Estado se establecerán y organizarán a partir de una estructura básica compuesta de tres áreas, así: de Dirección; de Atención al Usuario; y de Logística. Por consiguiente, la dirección de la entidad se encuentra conformada por la Junta Directiva y el Gerente quienes tienen a su cargo mantener la unidad de objetivos e intereses de la entidad en torno a la misión y objetivos institucionales, establecer las estrategias para la prestación de los servicios y los mercados,

asignar recursos y controlar su distribución y gastos, adoptar normas de calidad y eficiencia y en general las políticas en la gestión institucional.

Así las cosas, el carácter de órgano de dirección tanto de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado como de su Gerente, interfieren con los propósitos y finalidades que conlleva la intervención forzosa administrativa y toma de posesión de la institución vigilada, por parte del Estado, a través de la Superintendencia Nacional de Salud, cuyo primer objetivo es establecer si la entidad puede ser objeto de salvamento, es decir, su saneamiento, o de otra manera, su liquidación, para lo cual se hace necesario la adopción de medidas y acciones definidas en la ley, como medidas preventivas obligatorias, las cuales son la consecuencia lógica de la toma de posesión, que como se dijo, entre otras medidas está la separación de los administradores y directores de la administración de los bienes de la intervenida y el nombramiento de un Agente Especial Interventor, quien, a partir de su posesión, es el encargado de asumir la dirección, administración y representación legal de la institución, para todos los efectos legales así como la toma de decisiones mientras permanezca la medida de intervención forzosa.

La medida de toma de posesión de la institución intervenida, que conlleva la separación del cargo de los directivos y administradores, como el Gerente y la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado, no permite que estos órganos puedan ejercer funciones de tal naturaleza, pues a partir de la posesión del Agente Especial Interventor, éste asume toda responsabilidad por su gestión que es de dirección administración, representación legal y toda clase de decisiones que impliquen comprometer la responsabilidad civil y administrativa de la institución, el permitir a los organismos de dirección de la ESE, como el Gerente y la Junta Directiva la toma de decisiones o de actuaciones que comprometan a la Intervenida, equivale a cogobernar y coadministrar, situación que es incompatible con la medida de intervención forzosa por parte del Estado, y con las responsabilidades que asume el interventor.

Es de señalar, que la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado se encuentra estatuida en el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 1º del Decreto 1876 de 1994, definiéndolas como una **categoría especial de entidad pública** descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, **creadas por la Ley o por las asambleas o concejos**, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo. Su objeto es la prestación de los servicios de salud, en empresas sociales de salud, entendidos como servicios públicos a cargo del Estado y, por consiguiente, como parte integrante del sistema de seguridad social en salud.

Sobre el particular, la Honorable Corte Constitucional en Sentencia C-408/94, puntualizado: *“Es claro que las empresas sociales del Estado son entes que no pueden confundirse con los establecimientos públicos y que constituyen una nueva categoría de entidad descentralizada concebida con un objeto específico que la propia legislación ha señalado y que justifica, por razón de los*

propósitos constitucionales que mediante su existencia persigue el legislador, unas ciertas reglas y una normatividad también especial. Como órganos del Estado, aún cuando gozan de autonomía administrativa, están sujetos al control político y a la suprema dirección del órgano de dirección al cual están adscritos”.

Aunado a lo anterior, el Capítulo XI de la Ley 489 de 1998 que desarrolla la creación, fusión, supresión y reestructuración de organismos y entidades públicas, señala que tanto la liquidación como la fusión de entidades, se realiza por iniciativa del gobierno nacional si se trata de entidades de ese orden o del gobernador, o el alcalde en tratándose de entidades del orden departamental o municipal.

Por lo anterior, al tratarse de Empresas Sociales del Estado del orden departamental, por expresa disposición contenida en el artículo 305 le corresponde al Gobernador del Departamento fusionar las entidades de conformidad con las ordenanzas departamentales.

No obstante ser una función del Gobernador decretar la fusión de empresas sociales en comento, por expresa disposición legal contenida en el numeral 10 del artículo 8 del Decreto 1018 de 207, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013 le corresponde al Superintendente Nacional de Salud: **“Autorizar previamente a los sujetos vigilados, de manera general o particular, cualquier modificación a la razón social, sus estatutos, cambios de la composición de la propiedad, modificación de su naturaleza jurídica, escisiones, fusiones y cualquier otra modalidad de transformación así como la cesión de activos, pasivos y contratos.”**

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-110993**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-110993**
Fecha 16/12/2013 09:29 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino INSTITUTO DE RECONOCIMIENTO DE PERSONAS
Copia

Referencia: **CONSULTA RELACIONADA CON LOS CENTROS DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES**

Referenciado: 1-2013-097856

Respetada Señora Rosa María:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, tal y como le compete, a la consulta de la referencia en los siguientes términos:

El derecho a la salud es de rango fundamental, y fue inicialmente definido por la H. Corte Constitucional como *“la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento”*. CORTE CONSTITUCIONAL, SENTENCIA T-597 DE 1993.

Más recientemente, la H. Corte Constitucional manifestó en la sentencia T – 760 de 2008, que la salud *“(…) es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo. La ‘salud’, por tanto, no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Se trata de una cuestión de grado, que ha de ser valorada específicamente en cada caso. Así pues, la salud no sólo consiste en la ‘ausencia de afecciones y enfermedades’ en una persona. Siguiendo a la OMS, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es ‘un estado completo de bienestar físico, mental y social’ dentro del nivel posible de salud para una persona.”*

Se observa, que la salud en el estado colombiano es reconocida como un derecho fundamental, que cuenta con una faceta doble en tanto derecho de rango constitucional y servicio público, el cual debe ser garantizado a todos los

ciudadanos por el estado y mas específicamente por los actores que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud.

No obstante lo anterior, es importante recordar que el derecho a la salud al igual que todos los derechos fundamentales, no es absoluto y puede ser limitado, sobre todo si se toma en consideración su carácter prestacional, en este sentido manifestó la H. Corte Constitucional en la Sentencia T – 760 de 2008:

“Ahora bien, uno de los aspectos en los que la jurisprudencia constitucional ha avanzado, es en el de señalar que reconocer la fundamentalidad de un derecho no implica, necesariamente, que todos los aspectos cobijados por éste son tutelables. Primero, porque los derechos constitucionales no son absolutos, es decir, puede ser limitados de conformidad con los criterios de razonabilidad y proporcionalidad que ha fijado la jurisprudencia constitucional. Segundo, porque la posibilidad de exigir el cumplimiento de las obligaciones derivadas de un derecho fundamental y la procedencia de hacerlo por medio de la acción de tutela, son cuestiones diferentes y separables.

(...)

El derecho a la salud es un derecho que protege múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas. Es un derecho complejo, tanto por su concepción, como por la diversidad de obligaciones que de él se derivan y por la magnitud y variedad de acciones y omisiones que su cumplimiento demanda del Estado y de la sociedad en general. La complejidad de este derecho, implica que la plena garantía del goce efectivo del mismo, está supeditada en parte a los recursos materiales e institucionales disponibles.”

Por otra parte, los Centros de Reconocimiento de Conductores fueron definidos en la Resolución 0012336 de 2012 de la siguiente manera:

“Artículo 2°. Centro de Reconocimiento de Conductores. Los Centros de Reconocimiento de Conductores son Instituciones o Entidades inscritas en el “Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud” del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, de conformidad con la reglamentación vigente o la que expida de manera particular el Ministerio de Salud y Protección Social, acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación o quien haga sus veces y habilitada por el Ministerio de Transporte para expedir el Certificado de Aptitud Física, Mental y de Coordinación Motriz para Conducir.”

Conforme a la disposición transcrita los centros de reconocimiento de conductores son prestadores de servicios de salud y en términos generales se encuentran obligados a cumplir con la normatividad que rige el Sistema de

Seguridad Social en Salud, sin embargo, se debe tener en cuenta que estos centros de reconocimiento de conductores, no tienen por objeto prevenir, diagnosticar o tratar las enfermedades de sus usuarios, ni desarrollan programas de promoción o recuperación de la salud, sino que su actividad se limita a certificar la idoneidad de las personas para conducir vehículos automotores.

Es evidente entonces, que aunque los centros de reconocimiento de conductores están catalogados como prestadores de servicios de salud, en realidad sus servicios no tienen injerencia directa en el derecho a la salud de sus usuarios de conformidad con la definición que de este derecho se hizo en líneas anteriores, pues se repite en los CRC solo se certifica la Aptitud Física, Mental y de Coordinación Motriz para Conducir.

Finalmente, en lo referente a las fallas del sistema informático implementado por la Superintendencia de Puertos y Transporte para los Centros de Reconocimiento de Conductores y la posibilidad de utilizar el sistema informático propio que tiene cada centro como mecanismo alterno, le informo que esta Superintendencia Nacional de Salud no es competente para pronunciarse sobre estos asuntos, razón por la cual se da traslado de su petición a la Superintendencia de Puertos y Transporte para que en lo de su competencia absuelva estos interrogantes, conforme al artículo 21 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, al artículo 41 del Decreto 101 de 2000 modificado por el Decreto 2741 de 2001 y al Parágrafo 3° del artículo 3° de la Ley 769 de 2002.

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en virtud del cual los conceptos emitidos por las autoridades como respuesta a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas, no son de obligatorio cumplimiento o ejecución.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-111182**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-111182**
Fecha 17/12/2013 10:55 a.m.
Folios Anexos:
Origen Oficina Asesora Jurídica
Destino CHALAJILLO_23@HOTMAIL.COM.
BLANCA.BOHORQUEZ@ANTIOQUIA.GOV.CO
Copia

Referencia: **CONSULTA CONFLICTO DE INTERESES.**
Referenciado: 1-2013-072794

Respetado doctor Jaramillo:

La Oficina Asesora Jurídica de conformidad con lo previsto en el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta a la consulta de la referencia en los siguientes términos:

En términos genéricos, puede decirse que existe una situación de *“conflicto de intereses”* cuando el interés personal de quien ejerce una función pública colisiona con los deberes y obligaciones del cargo que desempeña.

Implica una confrontación entre el deber público y los intereses privados del funcionario, es decir, éste tiene intereses personales que podrían influenciar negativamente sobre el desempeño de sus deberes y responsabilidades

Mediante el régimen de conflictos de intereses se busca preservar la independencia de criterio y el principio de equidad de quien ejerce una función pública, evitando que su interés particular afecte la realización del fin al que debe estar destinada la actividad del Estado

Así, pues, el conflicto de intereses sucede cuando en determinado caso y por razones de amistad, enemistad, parentesco, económicas, etc., se presume que no existe la suficiente imparcialidad para decidir o brindar concepto respecto de un asunto. Así se desprende de lo establecido en el artículo 40 de la Ley 734 de 2002, para el caso de los servidores públicos.

Conforme a la última norma citada, se tiene que:

“Artículo 40. Conflicto de intereses. Todo servidor público deberá declararse impedido para actuar en un asunto cuando tenga interés particular y directo

en su regulación, gestión, control o decisión, o lo tuviere su cónyuge, compañero o compañera permanente, o algunos de sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o su socio o socios de hecho o de derecho (el texto subrayado fue declarado exequible por la Corte Constitucional mediante sentencia C-029 de 2009, en el entendido de que en igualdad de condiciones, ellas comprenden también a los integrantes de las parejas de un mismo sexo)

Cuando el interés general, propio de la función pública, entre en conflicto con un interés particular y directo del servidor público deberá declararse impedido.”

Así mismo, el citado reglamento legal -CDU- considera entre otras como falta gravísima actuar u omitir, a pesar de la existencia de causales de incompatibilidad, inhabilidad, impedimento, o conflicto de intereses establecidos en la Constitución o en la Ley.

Ahora bien, ¿qué debe entenderse por interés público?. Es el conjunto de pretensiones relacionadas con las necesidades colectivas de los miembros de una comunidad y protegidas mediante la intervención directa y permanente de Estado.

Y ¿qué es el interés privado?. Se denomina interés privado al interés particular, ya sea personal, laboral, económico o financiero, de la persona que ejerce la función pública o de aquellos sujetos o grupos a los que pertenece o con quienes se relaciona o ha relacionado.

¿En qué situaciones pueden producirse conflictos de intereses?. Cotejada la literatura sobre el tema se tiene que pueden configurarse conflictos de intereses cuando el agente:

- Dirija, administre, represente, patrocine, asesore, o, de cualquier otra forma, preste servicios a quien gestione o tenga una concesión o sea proveedor del Estado, o realice actividades reguladas por éste, siempre que el cargo público desempeñado tenga competencia funcional directa, respecto de la contratación, obtención, gestión o control de tales concesiones, beneficios o actividades.
- Sea proveedor por sí o por terceros de todo organismo del Estado en donde desempeñe sus funciones
- Reciba directa o indirectamente beneficios originados en contratos, concesiones o franquicias que celebre u otorgue la administración.
- Mantenga vinculaciones que le signifiquen beneficios u obligaciones con entidades directamente fiscalizadas por el Ministerio, dependencia o entidad en la que se encuentre prestando servicios.

Ahora bien, ¿qué debe hacer una persona que al momento de su designación se encuentra en una situación de conflicto de intereses?. Si la persona se encuentra desempeñando actividades que pudieran colocarlo en una situación de conflicto de intereses, debe:

- Renunciar a tales actividades como condición previa para asumir el cargo;
- Abstenerse de tomar intervención, durante su gestión, en cuestiones particularmente relacionadas con las personas o asuntos a los cuales estuvo vinculado en los últimos años o tenga participación societaria.
- Cuando, durante su gestión se presente un supuesto en el que pudiera configurarse un conflicto de intereses, el funcionario tiene la obligación de excusarse de intervenir.

Así las cosas y conforme lo expuesto, esta Oficina considera que corresponde a la Secretaría de Salud en cada caso, determinar si se presenta alguna de las circunstancias que constituyen causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses y proceder de conformidad.

El presente concepto se emite en los precisos términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en virtud del cual, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número: **2-2013-112334**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-112334**
Fecha 19/12/2013 09:13 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICÍA NACIONAL
Copia

Referencia: **CONSULTA RELACIONADA CON APORTES EN SALUD DE
CÓNYUGE NO DEPENDIENTE.**

Referenciado: 1-2013-104422

Respetado Señor Coronel Bustamante Jiménez:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, en cumplimiento del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, a la consulta de la referencia en los siguientes términos:

Conforme a lo establecido por el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, el Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la Ley 100 de 1993, no se aplica:

A los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto-Ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la Ley 100 de 1993, ni a los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas.

A los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración.

A los trabajadores de las empresas que al empezar a regir la Ley 100 de 1993, estén en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato.

A los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma. Quienes con posterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993, ingresen a la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol, por vencimiento del término de contratos de concesión o de asociación, podrán beneficiarse del régimen de Seguridad Social de la misma, mediante la

celebración de un acuerdo individual o colectivo, en términos de costos, forma de pago y tiempo de servicio, que conduzca a la equivalencia entre el sistema que los ampara en la fecha de su ingreso y el existente en Ecopetrol. (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Ahora bien, es importante señalar, que el artículo 14 del Decreto 1703 de 2002, dispone, para efectos de evitar el pago doble de cobertura y la desviación de recursos, lo siguiente:

"ARTÍCULO 14. RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN. Para efecto de evitar el pago doble de cobertura y la desviación de recursos, las personas que se encuentren excepcionadas por ley para pertenecer al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, no podrán utilizar simultáneamente los servicios del Régimen de Excepción y del Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizantes o beneficiarios.

Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de Salud. Los servicios asistenciales serán prestados, exclusivamente a través del régimen de excepción; las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán cubiertas por el Fosyga en proporción al Ingreso Base de cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes. Para tal efecto el empleador hará los trámites respectivos.

Si el cónyuge, compañero o compañera permanente del cotizante al régimen de excepción tiene relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización sobre tales ingresos directamente al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Los servicios asistenciales les serán prestados exclusivamente, a través del régimen de excepción y las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán cubiertas por el Fosyga en proporción al Ingreso Base de Cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes. Para tal efecto, el empleador hará los trámites respectivos.

Si el régimen de excepción no contempla la posibilidad de afiliar cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge del cotizante del régimen de excepción deberá permanecer obligatoriamente en el régimen contributivo y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción.

Si el régimen de excepción no prevé la cobertura del grupo familiar, el cónyuge cotizante con sus beneficiarios permanecerán en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO. *Cuando la persona afiliada a un régimen de excepción, sin tener derecho a ello, reciba servicios de salud de una Entidad Promotora de Salud o de*

una Institución Prestadora de Servicios que no haga parte de la red de servicios del régimen de excepción, existirá obligación de estas entidades de solicitar el reembolso al régimen de excepción al cual pertenece el usuario, debiendo sufragar este último régimen todos los gastos en que se haya incurrido. El plazo máximo para el reembolso será de treinta (30) días contados a partir de la fecha de presentación de la cuenta respectiva, so pena de que deban ser reconocidos los intereses moratorios a que alude el artículo cuarto del Decreto-ley 1281 de 2002.” (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Régimen legal del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional:

En razón a que el legislador consideró por vía de excepción, establecer los regímenes especiales o de excepción conforme a lo dispuesto en el artículo 279 de la ley 100 de 1993, la cual define dichos regímenes, entre los que se encuentran, el régimen de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional SSMP consagrado por la Ley 352 de 1997, que conforme a la definición legal, está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, los afiliados y beneficiarios del Sistema, teniendo en cuenta a su vez que el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea y el Hospital Militar Central; y que por su parte, el Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo constituyen la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Para efectos de la Ley, la sanidad se define como un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios, su objeto principal es prestar el servicio integral de salud a sus integrantes, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios y el servicio de sanidad inherentes a las operaciones militares y policiales y a él deberán someterse los afiliados miembros de las fuerzas militares y de la Policía en servicio activo, los que gocen de asignación de retiro o pensión, el personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado, activo y pensionado de la Policía Nacional, sus beneficiarios y los soldados. El artículo 19 de la Ley 352 de 1997, define los afiliados al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, SSMP.

A su vez, el artículo 24 del Decreto 1795 de 2000 estableció cuales son los beneficiarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) así:

“ARTICULO 24. BENEFICIARIOS. Para los afiliados enunciados en el literal a) del artículo 23, serán beneficiarios los siguientes:

a) <Aparte tachado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante sentencia C-029 de 2009, Magistrado Ponente Dr. Rodrigo Escobar Gil> El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado. ~~Para el caso del compañero(a) sólo cuando la unión permanente sea superior a dos (2) años.~~

b) Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar o aquellos menores de 25 que sean estudiantes con dedicación exclusiva y que dependan económicamente del afiliado.

c) Los hijos mayores de 18 años con invalidez absoluta y permanente, que dependan económicamente del afiliado y cuyo diagnóstico se haya establecido dentro del límite de edad de cobertura.

d) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado, no pensionados que dependan económicamente de él.

PARÁGRAFO 1o. <Parágrafo INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-479-03 de 10 de junio de 2003, Magistrado Ponente Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra. >

PARÁGRAFO 2o. Los afiliados no sujetos al régimen de cotización no tendrán beneficiarios respecto de los servicios de salud.

PARÁGRAFO 3o. <Aparte subrayado CONDICIONALMENTE exequible C-671-02 de 20 de agosto de 2002, Magistrado Ponente Dr. Eduardo Montealegre Lynett, '> Los padres del personal activo de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que hayan ingresado al servicio con anterioridad a la expedición de los decretos 1211 del 8 de junio de 1990 y 096 del 11 de enero de 1989 respectivamente, tendrán el carácter de beneficiarios, siempre y cuando dependan económicamente del Oficial o Suboficial.

PARÁGRAFO 4o. No se admitirá como beneficiarios del SSMP a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud. (Parágrafo 4o. declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-1095-01 de 17 de octubre de 2001, Magistrado Ponente Dr. Jaime Córdoba Triviño) (Negrilla y subrayado fuera de texto)

De conformidad con las anteriores disposiciones se establece que el régimen de excepción que rige para las Fuerzas Militares y de Policía Nacional contempla la posibilidad de afiliar al cónyuge únicamente en calidad de beneficiario, más no en calidad de cotizante; y al no admitir en su normatividad vigente como beneficiarios del SSMP a los cotizantes de otro régimen de salud la cónyuge, tiene la obligatoriedad de permanecer en el régimen contributivo, ya sea como afiliado dependiente o independiente, o sea en un régimen distinto del Régimen Especial o de Excepción; en otras palabras, la Ley 352 de 1997 y el Decreto Ley 1795 de 2000, no incluyó dentro de sus posibles afiliados, aquellos sometidos al régimen de cotización, esto es, a trabajadores independientes o dependientes que laboran en entidades distintas al Ministerio de Defensa Nacional, las Fuerzas

Militares, la Policía Nacional y las entidades adscritas y vinculadas a estas instituciones.

Al respecto, la Honorable Corte Constitucional en Sentencia C-1095-01 de 17 de octubre de 2001, Magistrado Ponente Dr. Jaime Córdoba Triviño, respecto a la exequibilidad del parágrafo cuarto del artículo 24 del Decreto 1795 de 2000 señaló lo siguiente:

“en un Estado social de derecho la seguridad social, como derecho y como servicio público, tiene una vocación de universalidad, esto es, alienta la pretensión de extenderse a todas las personas y por ello, con el propósito de facilitar esa amplia cobertura, se estableció que ellas estuviesen vinculadas a un solo sistema de seguridad social, ya sea el general o uno especial, pues se muestra contrario a la promoción de un orden social justo, como fin estatal, el permitir que algunos estén afiliados a dos sistemas de seguridad social en salud mientras muchos otros no lo están a ninguno.

Es más, el constituyente se ha preocupado por delinear los principios a los cuales está sometida la seguridad social y entre ellos se encuentra precisamente el de universalidad que exige la racionalización de los recursos humanos y financieros con miras a maximizar su cobertura. Es por eso que el sistema de seguridad social en salud está concebido de tal manera que al momento de la afiliación se debe acreditar que los miembros que conforman el grupo familiar no estén afiliados a otra entidad promotora de salud, como lo precisa, por ejemplo, el artículo 35 del Decreto 806 de 1998 o como se desprende del Decreto 047 de 2000 al regular la cobertura familiar cuando los dos cónyuges cotizan al sistema.

Luego, la norma demandada procura la racionalización del sistema para que sus beneficios no se concentren en unos pocos con exclusión de amplios sectores sociales. Por lo demás, ningún menoscabo implica tal disposición al derecho al trabajo pues lo que hace la norma es impedir que quien tiene acceso a un sistema de seguridad social en razón de una relación laboral de cualquier naturaleza no acceda simultáneamente a un sistema de seguridad social diferente pues se trata de aplicar racionalmente los recursos destinados a este propósito. Tampoco se causa vulneración alguna a los derechos de las parejas o al derecho a la propiedad pues ni aquellos ni éste se ven interferidos por una disposición que procura ampliar la cobertura del sistema evitando la destinación de los recursos de dos sistemas diferentes a unos mismos afiliados.”

El presente concepto se emite en los precisos términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en virtud del cual los conceptos emitidos por las autoridades como respuesta a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas, no son de obligatorio cumplimiento o ejecución.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-115219**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-115219**
Fecha 31/12/2013 02:19 p.m.
Folios 1 Anexos:1
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino MIEMBRO JUNTA DIRECTIVA DE LA E.S.E.- METROSALUD
Copia

Referencia: **Citación Junta Virtual**
Referenciado: 1-2013-103045

Respetada Señora López Quintero:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con lo previsto en el artículo 9° del Decreto 1018 de 2007 en aplicación al artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, de manera general y abstracta, a la consulta de la referencia, en los siguientes términos:

El Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, Ley 1437 de 2011, en su artículo 63, previo lo siguiente:

“Sesiones virtuales. Los comités, consejos, juntas y demás organismos colegiados en la organización interna de las autoridades, podrán deliberar, votar y decidir en conferencia virtual, utilizando los medios electrónicos idóneos y dejando constancia de lo actuado por ese mismo medio con los atributos de seguridad necesarios.

Por lo anterior, corresponde a la Empresa Social del Estado determinar el procedimiento y los temas a tratar en sesiones virtuales, de conformidad con lo previsto en sus estatutos y normas que regulen su organización interna.

El anterior concepto se expide dentro de los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica

Para responder a este documento, favor citar este número:**2-2013-115199**

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Por favor al contestar cite este número: **2-2013-115199**
Fecha 31/12/2013 01:29 p.m.
Folios Anexos:
Origen Grupo Conceptos Y Apoyo Jurídico
Destino HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN LUZ CASTRO DE
GUTIERREZ E.S.E.
Copia

Referencia: **CONSULTA RELACIONADA CON EL PAGO DE LA ATENCIÓN
EN SALUD PRESTADA A LA POBLACION NO ASEGURADA SIN
CAPACIDAD DE PAGO**

Referenciado: 1-2013-095548

Respetado doctor Giraldo Velázquez:

La Oficina Asesora Jurídica, de conformidad con las funciones establecidas en el artículo 9 del Decreto 1018 de 2007, en aplicación del artículo 36 del Decreto 2462 de 2013, procede a dar respuesta, en términos generales y abstractos, tal y como le compete, a la consulta de la referencia en los siguientes términos:

Se pregunta en la consulta, a quien se deben cobrar los servicios de salud prestados a "... *personas desmovilizadas que carecen de una documentación clara, sin seguridad social en salud e incluso en algunos casos sin documento de identidad...*"

Para absolver su interrogante, se hará un breve recuento de las normas que regulan la atención en salud a las personas que no se encuentran afiliadas ni al régimen contributivo ni al subsidiado, así como el estado actual del tema.

Desde la creación e implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud se definieron los tipos de participantes, previendo siempre la existencia de población sin capacidad de pago no afiliada a ninguno de los planes de beneficios, estas personas fueron denominadas como "*vinculados al sistema*" por la Ley 100 de 1993 en los siguientes términos:

"Artículo 157.- Tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud. A partir de la sanción de la presente ley, todo colombiano participará en el servicio público esencial de salud que permite el sistema

general de seguridad social en salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

(...)

B) Personas vinculadas al sistema.

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado..."

Posteriormente, el gobierno nacional reitero la presencia de los "vinculados al sistema" en el Decreto 806 de 1998, el cual los definió en el artículo 25 como aquellas "personas que no tienen capacidad de pago mientras se afilian al régimen subsidiado."

En cuanto a los servicios de salud a que tendría derecho la población vinculada al sistema, estableció en el Decreto 806 de 1998 en su artículo 33 que "Mientras se garantiza la afiliación a toda la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado, las personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones y de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación vigentes.

Adicionalmente, tendrán derecho a los beneficios otorgados por concepto de accidente de tránsito y eventos catastróficos de conformidad con las definiciones establecidas por el Decreto 1283 de 1996 o las normas que lo adicionen o modifiquen."

En cuanto al financiamiento de estos servicios de salud, estableció la Ley 715 de 2001 lo siguiente:

"Artículo 43. Competencias de los Departamentos en Salud.

(...)

43.2. De prestación de servicios de salud

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

43.2.2. *Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental...*"

Por su parte estableció la Ley 1122 de 2007 lo siguiente:

"Artículo 20. Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas."

Se observa entonces, que de acuerdo a las disposiciones transcritas, la población vinculada al sistema, era atendida por las IPS que tenían contrato con los Entes Territoriales, siendo estos últimos los que directamente asumían los costos de su atención con cargo a los subsidios de oferta establecidos para tal fin.

No obstante lo anterior este método de atención fue modificado por la Ley 1438 de 2011, la cual estableció lo siguiente:

"Artículo 32. Universalización del aseguramiento. *Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación.*

Cuando una persona requiera atención en salud y no esté afiliado, se procederá de la siguiente forma:

32.1 Si tiene capacidad de pago cancelará el servicio y se le establecerá contacto con la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo de su preferencia.

32.2 Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y la Entidad Promotora de Salud procederá a realizar el cobro de los servicios prestados. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio.

En todo caso el pago de los servicios de salud prestados será cancelado por la Entidad Promotora de Salud si efectivamente se afilió a ella; si no se afilió se pagarán con recursos de oferta a la institución prestadora de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud.

Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación. (...)" (Subrayado fuera de texto)

Así las cosas se concluye, que las IPS se encuentran obligadas a atender a las personas que no estén afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud, incluso si no tienen documento de identidad, y el pago de estos servicios dependerá de las siguientes reglas:

- Si la persona atendida tiene capacidad de pago, deberá asumir directamente el costo de los servicios prestados.
- Si la persona atendida no tiene capacidad de pago:
 - Los servicios de salud prestados serán cancelados por la Entidad Promotora de Salud si efectivamente se afilió a ella.
 - Si no se afilio a la persona atendida, los costos se pagaran con recursos de oferta a la IPS, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud.

La presente consulta se absuelve en los términos del artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en virtud del cual los conceptos emitidos por las autoridades como respuesta a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas, no son de obligatorio cumplimiento o ejecución.

Cordialmente,

Nancy Rocio Valenzuela Torres
Jefe (E) Oficina Asesora Jurídica