

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA
INSITUTO DE SALUD PUBLICA**

TESIS DE GRADO

“Revisión de la legislación y la afiliación en salud para proponer las características del registro único nacional de afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

PRESENTADO POR:

**EDGAR ARGENI BAUTISTA RICO
CODIGO: 597224**

**Trabajo de grado presentado para optar por el título de
Magíster en Salud Pública**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. LUIS CARLOS BELTRÁN PARDO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA
BOGOTA, 2006**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
2. OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVOS GENERALES	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3. METODOLOGÍA	9
3.1 TIPO DE ESTUDIO	9
3.2 DATOS DEL ESTUDIO	9
3.3 PASOS DEL ESTUDIO	10
4. MARCO REFERENCIAL	11
4.1 ANTECEDENTES	11
4.2 IMPORTANCIA DE LA SALUD PUBLICA	16
4.3 MARCO NORMATIVO DE LA SALUD	18
4.4 ATENCION Y BENEFICIOS DE LOS AFILIADOS EN SALUD	23
4.4.1 PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA	23
4.4.2 PLAN OBLIGATORIO DE SALUD CONTRIBUTIVO– POSC	24
4.4.3 PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO –POSS	26
4.4.4 ATENCIÓN EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS	27
4.4.5 ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS	28
4.5 PROCESO ADMINISTRATIVO DE LOS AFILIADOS	28
4.5.1 COMO COTIZANTE	29
4.5.1.1 COTIZANTE DEPENDIENTE	34
4.5.1.2 COTIZANTE INDEPENDIENTE	35
4.5.2 COMO SUBSIDIADO	37

4.5.2.1 PERIODOS DE PERMANENCIA DEL SUBSIDIADO	_____	43
4.5.2.2 IDENTIFICACION DE POTENCIALES AFILIADOS	_____	44
4.5.2.4 REEMPLAZOS DE BENEFICIARIOS	_____	45
4.53 DEL REGIMEN DE EXCEPCION	_____	46
4.5.4 LOS VINCULADOS AL SISTEMA	_____	46
4.6 EFECTOS DE LA AFILIACIÓN	_____	46
4.6.1 FORMAS DE AFILIACIÓN AL SISTEMA	_____	47
4.6.2 TRASLADO DE RÉGIMEN DE LOS AFILIADOS	_____	49
4.6.3 EFECTOS DE LA AFILIACIÓN MULTIPLE	_____	50
5. ESTUDIO DE CASO DE LA AFILIACIÓN EN BOGOTA	_____	51
5.1 ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS DE LA SDS , REALIZADO POR LA CONTRALORÍA DE BOGOTA	_____	52
5.2 RECONSTRUCCION DE BASE DE DATOS DE LA VIGENCIA 2001-2002 DEL CID- UNIVERSIDAD NACIONAL	_____	61
6. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASO DE BOGOTA, D.C.	_____	65
7. CONCLUSIONES	_____	71
8. RECOMENDACIONES	_____	81
9. GLOSARIO	_____	89
10. BIBLIOGRAFÍA	_____	90

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Sisben por niveles- miles a noviembre de 2005_____	14
TABLA2. Población de Bogota, D.C. por sexo y grupo etareo _____	52
TABLA 3. Cobertura del sistema general de seguridad social en salud en Bogotá, año 2001 _____	53
TABLA 4. Evasión del sistema de salud en Bogotá_____	54
TABLA 5. Multiafiliación en el Régimen Contributivo en Bogotá_____	54
TABLA 6. Distribución de registros múltiples por ARS en Bogotá _____	56
TABLA 7. Cuadro de verificación de Multiafiliación en ARS_____	57
TABLA 8. Cuadro de verificación en ARP _____	58
TABLA 9. Cuadro de verificación de multiafiliación en EPS _____	58
TABLA 10.Cruce de la base de datos del régimen subsidiado de la Secretaria Distrital de salud con la Registraduria Nacional Vigencia 2001-2002 _____	59
TABLA 11. Afiliados por periodo de contratación _____	63
TABLA 12. Exclusiones por periodos de contratación _____	63
TABLA 13. Porcentaje de carnetizados por periodo _____	64
TABLA 14. Afiliados régimen subsidiado año 2001 de Bogotá, D.C._____	67
TABLA 15. Afiliados régimen subsidiado , año 2002 de Bogota, D.C. _____	67
TABLA 16. Afiliados régimen subsidiado año 2003 , Bogota. Ministerio de la Protección Social _____	68
TABLA 17. Afiliado régimen contributivo y subsidiado en Colombia _____	69
TABLA 24. Afiliado régimen Subsidiado Bogota y Colombia _____	70

GRAFICOS

PG

GRAFICO 1 : Evasión y elusión en salud en bogota – informe auditoria gubernamental con enfoque integral de la contraloría de Bogota, D.C .____ 55

GRAFICO 2: Base de datos del régimen subsidiado en Salud periodo vigencia 2002-2003. Dirección de aseguramiento, Secretaria Distrital de Salud ____ 60

INTRODUCCIÓN

El Estado ha planteado estrategias para el Sistema de Salud en Colombia tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, orientados al mantenimiento de la afiliación, la ampliación de cobertura y la estabilidad y sostenibilidad financiera del sistema, y al mismo tiempo produce normas que permiten controles adicionales a los empleadores, con el objetivo primordial de que afilien al total de sus trabajadores y se obtengan mayores recursos que ayuden a ampliar en gran parte la cobertura del subsidiado.

El objetivo principal entonces está orientado a la promoción de la afiliación en general, primordialmente en los sectores que realizan un pago parcial o a la población que no tiene capacidad de pago, así como a la población agrupada en gremios, la del sector informal y los trabajadores independientes, con la finalidad de poder preservar el equilibrio financiero del Sistema.

Con la finalidad de fortalecer la ampliación de cobertura, los entes reguladores y organizadores del sistema han tratado de implementar una serie de normas que permitan realizar el proceso de compensación para el contributivo en forma eficiente, y permitir el acceso del servicio de la población subsidiada, sin tener una base de datos única de afiliados al sistema confiable y actualizada, para poder validar en forma real el valor de la UPC a que tienen derecho las administradoras del aseguramiento de los dos grandes regímenes, el contributivo y el subsidiado, proceso que se debe ejecutar mediante cruce de datos con una base de datos única en red que sea administrada desde el Ministerio de la Protección Social.

Se ha procurado controlar el proceso de afiliación con un sistema de información aún en etapa de depuración de su base de datos, lo que le ha permitido a las aseguradoras de los servicios de salud el desarrollar estrategias de captación de afiliados, para poder mantenerse en el mercado de la salud, en general porque la normatividad es muy disímil y variada para cada régimen del sistema, lo cual se puede apreciar al comparar la regulación de la población agremiada, de los trabajadores independientes y la población circulante entre el subsidiado y el contributivo, como por ejemplo al permitir que los afiliados al régimen subsidiado que encuentren empleo formal y deban pasar al régimen contributivo, puedan guardar su cupo en el subsidiado siempre que informen al ente territorial su nueva condición de empleados.

Es de señalar que se efectuó una revisión sobre el proceso de afiliación y la adecuada implementación de un registro único de afiliación nacional al sistema de seguridad social en salud, que permita controlar los procesos de afiliación y los recursos públicos del Sistema de los afiliados reales registrados, para proponer una forma de identificación que sea unificada para todos los afiliados al sistema y una reglamentación en cuanto a afiliación que sea única, que le garantice al usuario el acceso incondicional a los servicios de Salud, luego se realizó una revisión general de la problemática detectada según la normatividad vigente, para demostrar que existen deficiencias por superar en la implementación de una base de datos del actual sistema, que no permite reconocer en forma actualizada y confiable a la población afiliada.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El aseguramiento en salud es necesario y hasta resulta lógico para protegerse de las contingencias que suponen un mayor riesgo financiero, pero pierde la lógica de aseguramiento cuando se habla de servicios básicos o actividades de promoción y prevención, por tal motivo se hace necesario conocer como se efectúa la afiliación al régimen contributivo, al subsidiado y al de excepción; como se construye la base de datos de los afiliados al sistema, quien, como y donde se verifica la información de los afiliados, como es el sistema de información actual y como se desarrolla la vigilancia y el control de la afiliación en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

La mayoría de los estudios del actual registro de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, manifiestan que existen problemas de duplicidad, multifiliación, evasión y elusión del Sistema, por ello se han presentado propuestas de reforma sobre el financiamiento, sobre el seguimiento de los recursos públicos de la salud.

Luego se hace necesario proponer las características de un registro único de afiliación nacional, revisar lo referente a la competencias jurídicas para su funcionalidad y proporcionarle algunas herramientas que requieren los organismos de vigilancia y control del Estado, para controlar los recursos públicos del sistema, la operatividad del mismo y garantizar el acceso a los servicios de salud de toda la población colombiana, y así lograr la ampliación de la cobertura, según lo establece la ley 100 y la Constitución política en los artículos 48, 49 , 334 , 365 y 366 .

Para ello fue indispensable revisar el análisis reportado por el Centro de Investigación para el desarrollo-CID de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional, de la Contraloría Distrital, y de la Secretaria Distrital de Salud, que indicaban que existían grandes dificultades para reconocer en forma confiable a la población del régimen subsidiado en el Distrito, para a través de la recopilación de los datos del Distrito, sugerir y proponer las características de una base de datos única nacional en red, la cual deben estructurar los diferentes actores del Sistema, como son los afiliados, las administradoras del aseguramiento y los empleadores.

La normatividad actual tan variada y compleja que regula a la población total afiliada al Sistema no permite entre otros aspectos el poder garantizar la prestación del servicio de la población y racionalizar los recursos públicos que se invierten en la Salud, por lo tanto fue necesario realizar un análisis de los procesos de afiliación al sistema, para confirmar sus falencias y proponer mecanismos que contribuyan a darle funcionalidad al registro único nacional de afiliados, que aporte soluciones al deterioro del sistema de información actual y permita conocer la movilidad de los afiliados dentro del sistema.

La estructuración de una Base de Datos Unica Nacional bajo la administración del Ministerio de la Protección Social que no sea actualizada y depurada permanentemente, no permite conocer en forma confiable la realidad de la

población afiliada al Sistema, por lo que se requiere modificar las características de funcionalidad de la base de datos única de afiliados actual.

Es necesario proponer las características de un registro único nacional en red y una forma de identificación única de los afiliados al Sistema, que consolide los datos a nivel nacional y a la vez permita comparar simultáneamente la información clasificada para los tres regímenes actuales con los datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

La base de datos actual de los afiliados no permite conocer la realidad de los afiliados al Sistema de manera actualizada, el valor de las UPC que le corresponde a cada Administradora del Aseguramiento por cada afiliado y el movimiento de las personas en cada uno de los regímenes, requisitos necesarios para poder ampliar la cobertura y racionalizar los recursos públicos de la Salud.

Es indispensable también el consultar lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y la legislación actual sobre afiliación a las administradoras del aseguramiento tanto del régimen contributivo como del subsidiado, que le establece unos deberes y derechos al usuario, al empleador y a las administradoras con el Sistema, como también les indica la forma de reportar la información de sus afiliados.

Luego el sistema de aseguramiento creado por la Ley 100 con las aseguradoras o administradoras de los tres regímenes manifiestan un contrato de obligatorio cumplimiento, por lo que el usuario tiene el derecho a recibir la información mediante medios electrónicos y escritos de la red prestadora del servicio de su administradora en todo el territorio nacional, de su condición contractual con el Sistema e inclusive de su historial médico.

Un aspecto a considerar actualmente es que la libre movilidad del usuario a la red de prestadoras del servicio es prácticamente rígida, depende en gran medida de la autorización previa de la Administradora del Aseguramiento.

Se hace necesario establecer una forma de identificación única irrepetible que identifique en forma exclusiva a cada usuario del Sistema, que ayude a consolidar la base de datos del registro único nacional de afiliados, para que el sistema reconozca al usuario de cada administradora, sus IPS adscritas, los datos básicos técnicos que lo acrediten como afiliado al Sistema y su historial clínico en lo posible, todo ello con el propósito de contribuir a mejorar el tiempo médico asistencial, garantizar el acceso de los usuarios a los servicios de salud y la libre movilidad en el Sistema, así como la actualización de los datos de cada afiliado en forma permanente y el mejoramiento de la calidad del servicio en Salud.

2. OBJETIVOS

Como objetivos propuestos a este estudio se pueden señalar los siguientes, los cuales se cumplieron en su totalidad.

2.1 OBJETIVO GENERAL:

-Proponer las características que permitan el funcionamiento de un registro único de afiliación nacional en red del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para garantizar la afiliación a un solo régimen en forma exclusiva y excluyente en cada uno de los tres regímenes del Sistema.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

-Demostrar las dificultades que se presentan en la consolidación de una base de datos confiable del régimen subsidiado en el Distrito.

-Proponer la forma de Identificación Nacional del Sistema de Seguridad Social en Salud, a partir de la problemática de identificación de la población afiliada en el régimen subsidiado en el Distrito de Bogotá.

-Proponer el organismo encargado de garantizar la identificación del usuario en la red del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

-Consultar la Constitución Política de 1991, la Ley 100 de 1993, los decretos, resoluciones, acuerdos y demás normas del sector salud en lo referente al proceso de afiliación de los usuarios al Sistema de Salud.

-Garantizar la libre movilidad de los afiliados en los diferentes regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo de caso que se basa en un análisis de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Bogotá, durante la vigencia del 2001 al 2002 y del 2002 al 2003 y sobre la legislación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia a partir de la Constitución Política de 1991, en lo que se refiere a los procesos de afiliación del Sistema.

El régimen subsidiado en Salud según los datos del Ministerio de la Protección Social a 31 de diciembre del 2005 dio un salto histórico, paso de 11.069.182 millones de afiliados en el 2001 que representa una cobertura del 25,7 % de la población afiliada al sistema a 18.581.410 millones de afiliados en el 2005 que representan una cobertura del 40,36% en el Sistema General de Seguridad Social, lo que nos indica que entre agosto del 2001 y finales del 2005 se generaron 7.512.228 nuevos cupos en el régimen subsidiado.

De esos 11.069.182 millones de afiliados al régimen subsidiado en el 2001, a Bogota le corresponde 1.225.737 afiliados que constituye el 11% del total de la población afiliada al subsidiado, para el 2002 el total de la población afiliada fue de 1.286.010 que representan el 11.23% del total de la población afiliada al subsidiado , y para el 2005 en Bogotá la población afiliada fue de 1.680.537 que corresponde al 9 % del total de la población , lo que indica que desde el 2001 hasta finales del 2005 se generaron 454.800 nuevos cupos en el régimen subsidiado en la ciudad de Bogota, que representan el 6% del total de nuevos cupos registrados en el país en el régimen subsidiado desde el 2001 hasta finales del 2005. (Análisis de datos aportados por el Ministerio de la Protección Social a 31 de diciembre del 2005)

La ciudad de Bogota Distrito Capital, cuenta con 2060 IPS, y según el Censo realizado por el DANE del 2005 , se encontró que el 76,7 % de los hogares de Bogotá tiene 4 o menos persona, el 22,3% de los hogares 3 personas como núcleo familiar y el 17,5 de los hogares lo conforman 2 personas, del total de la población de Bogotá, el 47,5% son hombres y el 52,5 % son mujeres.(Datos del DANE 2005)

3.2 DATOS DEL ESTUDIO

Para realizar el estudio se necesito recopilar una serie de datos, lo que represento una gran dificultad, porque los funcionarios de las respectivas entidades, manifestaron que la depuración de los datos se encontraban todavía en proceso de análisis.

Fue necesario solicitar la colaboración de personal docente de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, de la Maestría en Administración en Salud de la Pontificia Universidad Javeriana y de asesores de dos Senadores del Congreso de la República.

- a. Base de datos de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud
- b. Base de datos de la Dirección de Aseguramiento del Régimen Subsidiado del Ministerio de la Protección Social
- c. Datos de la Defensoría del Pueblo
- d. Datos de la Auditoría Gubernamental con enfoque integral, modalidad especial de base de datos, segunda fase del plan anual de auditoría Distrital PAD 2001- 2002 y 2002-2003. Contraloría Distrital de Bogotá
- e. De la reconstrucción de base de datos. Resumen ejecutivo 2001. Centro de Investigaciones para el desarrollo . Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia

3.3 PASOS DEL ESTUDIO

El estudio consulto la normatividad tan variada de los procesos de afiliación especialmente de los regímenes contributivo y subsidiado que permita generar recomendaciones para proponer las características que debe tener el Registro Único de Afiliación Nacional en red en Salud que se ha caracterizado por ser un sistema segmentado que requiere de una reglamentación unificada y universal para todos los actores involucrados en el Sistema.

La estrategia consistió en identificar los problemas que se han presentado en la consolidación y depuración de la base de datos del régimen subsidiado en el Distrito de Bogotá, recogiendo la información pertinente de las vigencias del 2001-2002 y del 2002- 2003, aclarando que existen deficiencias porque la depuración de los datos del 2002-2003 todavía se encuentran en análisis comparativo por parte de la entidad encargada de depurar los datos de la Secretaría Distrital de Salud (El CID) y no se ha iniciado el proceso de depuración de los datos a partir del año 2004.

La estrategia de búsqueda consistió en entrevistas informales en diversas ocasiones por la dificultad de tiempo de los funcionarios de la Contraloría Distrital, de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud, de la Dirección de Aseguramiento del Ministerio de la Protección Social y de la Defensoría del Pueblo, así como con funcionarios de la Registraduría Nacional del Estado Civil y de asesores del Congreso.

Las entrevistas permitieron reconocer en parte los problemas actuales en la identificación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como la recolección de los datos necesarios para el análisis de los mismos, lo que facilito establecer los argumentos adecuados para sugerir y proponer las características que requiere la implementación de un Registro Unico de Afiliación Nacional en red para el Sistema en Salud, lo que requirió de la asesoría del Director de la tesis y del Director de los programas de postgrado en Administración en Salud de la Pontificia Universidad Javeriana.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 ANTECEDENTES

Colombia es un Estado Social de Derecho, según la Constitución Política de 1991, organizado en forma de República unitaria, fundada en el respeto a la dignidad humana, en el trabajo y en la solidaridad de las personas que lo integran y en el predominio del interés general, es decir es una forma de organización política que tiene entre sus objetivos el combatir las desigualdades sociales y económicas, así como la de controlar las posibles desventajas de los diferentes sectores sociales, prestándole asistencia y protección a la población pobre y más vulnerable del territorio Nacional, es un Estado que entre sus finalidades esta el de proporcionar las condiciones económicas y sociales adecuadas que permitan a sus habitantes mantener o mejorar el nivel de vida, la atención y el acceso a los servicios de salud, es decir el de garantizar a todas las personas el acceso a la Seguridad Social en Salud.

El espíritu de la Seguridad Social en general, es el desarrollo y el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos. En busca de este propósito la Carta Política de 1991 estableció en su artículo 48y 49 que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se tiene que prestar de una manera eficiente bajo la dirección, coordinación y control del Estado y que además es un derecho irrenunciable de todos los colombianos y como tal es una función obligatoria del Estado, el de regular la prestación de los servicios de Salud tanto para las entidades privadas, publicas y mixtas¹.

El artículo 48 de la Constitución Política de 1991, determina el concepto de seguridad social e introduce la participación de los particulares en la presentación de los servicios:

“La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los colombianos el derecho irrenunciable a la seguridad social. El Estado con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que lo determine la ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades publicas o privadas de conformidad con la ley ”.

El Artículo 49 de la Constitución establece:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

¹ Constitución Política de Colombia

También establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por las entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, de las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados por la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria”.

Ahora, para cumplir lo dispuesto en la Constitución Política de 1991, fue necesario regular el Sistema de Seguridad Social en Salud, para ello el Congreso decreto la Ley 100 de 1993 que define los principios que la rigen, habla de universalidad, equidad, solidaridad y eficiencia en la atención, principios que buscan en definitiva el implementar y aumentar progresivamente la cobertura, así como la solidaridad de los que tienen capacidad de pago, es decir que los que tienen los recursos económicos aporten para cubrir las necesidades en salud de los que no tienen.

Con la Ley 100 de 1993, se busco precisar el alcance del derecho de la salud, lograr la cobertura universal y crear un ambiente desmonopolizado para la libre competencia y la libre elección, se inicio entonces la conversión de los establecimientos públicos prestadores de servicios de salud, en Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales por llevar implícito el concepto de “empresa”¹¹ tienen como premisa esencial la capacidad de autofinanciamiento, la búsqueda del mejoramiento en la calidad de la atención y el mejor uso de sus recursos, sin dejar de lado otra finalidad importante, el beneficio social.

Esto impulso a las ESE a modificar sus objetivos y estrategias para lograr su autofinanciamiento, por lo que las empresas sociales del estado han establecido relaciones comerciales para la venta de servicios con los diferentes actores del sistema tales como las administradoras del régimen subsidiado, de las empresas promotoras de salud, administradoras de riesgos profesionales, compañías de seguros de vida, etc. y han sido dotadas de instrumentos importantes como autonomía administrativa y un régimen de contratación privado, característica esta última, que le brinda una herramienta fundamental a fin de promover su sostenibilidad, fortalecimiento y permanencia en el mercado de la salud.

Así mismo estas entidades fueron obligadas a contratar los insumos necesarios para la producción de los servicios, los cuales van desde contratación de personal hasta contratación de bienes y servicios.

Como se observa, en gran medida el equilibrio de la empresa se ha sustentado y continua sustentándose en la cantidad y calidad de las negociaciones contractuales que realice y en la normatividad que le permite su funcionamiento en el mercado de la salud.

¹¹ Definición tomada del texto de Jorge Oviedo Albán. Los elementos esenciales del derecho comercial Contemporaneo

La Ley además propuso que la organización de la prestación del Servicio de Salud este sujeta a las fuerzas del mercado, por ello crea las empresas intermediarias entre el Estado y el usuario del servicio, estas son las aseguradoras o administradoras que tienen como finalidad por ser empresas comerciales el producir rentabilidad, el de generar utilidades, lo que conduce a una discrepancia entre lo que enmarca la Constitución y la operación financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Luego la reforma al Sistema, se implemento basado en principios filosóficos con conceptos bien definidos pero con un enfoque basado en el libre mercado imperfecto, asimétrico y de difícil control por parte del Estado, lo que indica que es necesario establecer reglas claras y precisas para todos los actores de la organización del sistema, todo ello producto de las fuerzas económicas que empujan hacia su naturaleza mercantilista y las fuerzas sociales que exigen se cumpla lo consagrado en la Constitución Política.

Se requiere entonces de normas claras y unificadas para todos los regímenes del Sistema, lo cual no sucede en la actualidad, cada régimen se mueve bajo diferentes parámetros, es decir es un sistema segmentado que intenta mantener un sistema de información unificado, todo ello dificulta la depuración de una base de datos única nacional del Sistema, que consolide la información básica de cada afiliado, como son los nombres completos del usuario, el tipo de identificación, la cantidad de personas afiliadas y la dirección de sus afiliados, que por su capacidad de pago o sin ella se hacen al derecho de recibir los servicios de salud tanto del contributivo, como del subsidiado.

Luego para que se produzca una implementación de la reforma de la Ley 100, se requiere de una concertación política, económica y social que permita superar las dificultades en la afiliación al Sistema, en especial para los habitantes que no tienen la capacidad de pago que dependen de la voluntad política para ser parte del actual Sistema, una concertación que permita racionalizar los recursos públicos y que proporcione las herramientas adecuadas a los entes de control, para que cumplan el objetivo de establecer un Sistema de vigilancia y control seguro y confiable para los afiliados.

Al analizar los argumentos de la creación de la Legislación en salud, se aprecia que existe un problema muy delicado por superar sino se logran controlar los recursos económicos, la multifiliación, la evasión y la elusión que se presenta en el Sistema, máxime cuando el pilar de la reforma se ha sustentado siempre en la necesidad de un progresivo crecimiento económico del país, lo que permitiría crear fuentes de empleo y por que no decir de subempleo, supuestos que al fallar han dificultado el desarrollo y la sostenibilidad del sistema.

Es necesario revisar los pormenores de la reforma, las cuales como lo manifiesta en sus principios, debe garantizar la equidad, la cobertura y la universalidad, pero en la realidad lo que se ha apreciado es que no se está garantizando un trato equitativo a todos los colombianos, por cuanto no se ha incluido al aseguramiento a toda la población, considerando que para diciembre

del 2005 se encontraban afiliados 15.533.582 millones de personas al régimen contributivo y 18.581.410 al subsidiado, suma que permite concluir, restando los cerca de 1.5 millones de personas afiliadas a regímenes especiales, que existen cerca de 10,5 millones de Colombianos que no disponen de ninguna afiliación⁵⁹. Tampoco ha sido posible igualar el contenido del plan obligatorio de salud (POS) contributivo y subsidiado.⁴

TABLA No 1. Sisben por niveles – Miles a Noviembre de 2005

Nivel del sisben	Personas	%	Hogares	%
1	14.471	48	3.311	44,9
2	10.531	35	2.673	36,2
3	4.877	16	1.332	18,1
4 y más	199	1,0	57	0,8
Total	30.079	100	7374	100,0

Datos del Departamento Nacional de Planeación-DNP

El Ministerio de la Protección Social ha intentado mediante normas permanentes el ampliar la cobertura al Sistema de salud, ha expedido normas especificando como lo determina la legislación que los beneficiarios del subsidio y los que tienen la mayor prioridad son los clasificados en los niveles 1 y 2 del Sisben, de los cuales existen aproximadamente 25 millones de personas, aunque no todos están en el régimen subsidiado.²²(tabla 1)

En la encuesta del Sisben, que busca entregar subsidios estatales para salud, vivienda y educación, encontró que existen 4,8 millones de personas de 1,3 millones de hogares que se ubican en la difusa frontera que hay entre los niveles 2 y 4. (tabla 1)

De igual forma el Ministerio de la Protección Social observando las condiciones laborales y la pérdida como consecuencia de los beneficios del subsidio, eliminó mediante el acuerdo 304 de 2005 el obstáculo que llevaba a muchos afiliados al régimen subsidiado a rechazar ofertas de empleo por el temor de pasar al régimen contributivo y perder los beneficios del subsidiado, este acuerdo amplió de tres meses a un año el tiempo durante el cual se le guarda el cupo en el régimen subsidiado al afiliado a dicho régimen que consiga un empleo formal y en consecuencia deba trasladarse al contributivo.

Pasado el primer año, si el afiliado vuelve a quedar desempleado, puede volver al régimen subsidiado de manera más rápida¹⁶.

A partir de la fecha de expedición de la norma, quienes pasen del régimen subsidiado al contributivo, podrán regresar automáticamente al primero durante el primer año.

⁵⁹ Datos del Ministerio de la Protección Social a Diciembre 31 de 2005. República de Colombia

⁴ Proyecto de Ley 052 de 2004. Reestructuración del Sistema general de Seguridad Social en Salud

²² Datos del DNP. República de Colombia

¹⁶ Acuerdo 304 de 2005 . Ministerio de la Protección Social. República de Colombia

Con esta modificación se espera que un buen número de colombianos que están trabajando actualmente, pero siguen afiliados al régimen subsidiado, se trasladen al régimen contributivo en los próximos meses, lo cual además podrá contribuir a aumentar la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud²¹, así sea de manera parcial.

Luego todo indica que la gran preocupación del Estado es poder demostrar la ampliación de la afiliación al Sistema, porque la falta de cobertura de servicios de salud agravan y prolongan la enfermedad, situación que ocasiona problemas de salud pública, máxime cuando los recursos públicos de la salud no se emplean en forma eficiente, debido a que no existe un sistema de información adecuado que permita identificar en forma confiable y segura a toda la población afiliada al sistema y a la no afiliada, es decir existe una deficiente administración o gerencia del sistema de Salud, lo que no ha permitido la utilización racional y un manejo adecuado de los recursos del sector de la salud, tanto en lo financiero, como humano, tecnológico y de infraestructura.

Muy a pesar de la permanente revisión de la normatividad y del aumento de recursos al sector salud, no ha sido posible ofrecerles a todos los Colombianos el derecho a un seguro bajo relaciones contractuales modernas, diferentes de lo que se podría llamar servicio de caridad, una situación que plantea un reto, por lo que se hace indispensable el tratar de depurar una base de datos única nacional de afiliados confiable, que permita conocer la UPC real a que tienen derecho las administradoras del aseguramiento por el total de afiliados tanto al régimen subsidiado como al contributivo, lo que facilitaría racionalizar los recursos y asegurar a mayor cantidad de personas que no tienen capacidad de pago y porque no decirlo el pensar en recibir un plan de beneficios similar al del contributivo, es decir mejorar las condiciones de la población pobre y más vulnerable del país.

La contradicción entre los principios Sociales y el Sistema Administrativo creado por la ley 100 de 1993, ha originado la mercantilización del derecho a la salud, derecho asistencial que tiene todo habitante del país, por ello la atención del servicio de Salud depende en alto porcentaje de los afiliados al sistema con capacidad de pago, luego en estas condiciones es difícil ampliar la cobertura como lo establece la ley 100 y menos aún cuando el crecimiento económico del país no lo permite, se puede decir que hemos pasado de la estabilidad laboral con contrato a término indefinido a la creación de empleos temporales o subempleos a través de cooperativas o empresas solidarias.

Esto contribuye a reducir los recursos del sistema, por lo que se requiere revisar la legislación actual en Salud para aportar las herramientas que nos permitan plantear las características para lograr la depuración actualizada de un registro único de afiliación nacional en red, que contribuya a establecer una red nacional de vigilancia y control, para controlar la afiliación y los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

²¹ Datos del Ministerio de la Protección Social al Congreso de la Republica de Colombia- Periodo 2004-2005

Se hace necesario recordar cual es la población que no tiene recursos y que deben ser subsidiadas por el Estado, el decreto 1895 de 1994 estableció que los beneficiarios al régimen subsidiado, son todos aquellos afiliados al sistema que no tienen capacidad de pago para cubrir total o parcialmente su cotización, que se hacen merecedores a un subsidio para complementar el valor de la unidad de pago por capitación(UPC), es decir los beneficiarios del régimen subsidiado está la conformada por la población pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, teniendo prelación las mujeres embarazadas durante su embarazo, parto, posparto y periodo de lactancia, así como a los niños menores de un año, las madres comunitarias y las madres cabeza de familia.²

Este decreto manifiesta que las direcciones seccionales y locales de salud de los departamentos, distritos y municipios son las encargadas de calificar como beneficiarios, a aquellas personas que se inscriben para recibir el subsidio, utilizando un sistema que permita focalizar a la población de cada región, a través del Sistema de Información para Identificación de Beneficios (SISBEN), también determina que en aquellos departamentos, distritos y municipios donde no se ha creado las respectivas direcciones de salud, quién debe calificar a los posibles beneficiarios será el jefe de la administración pública de sea región, es decir es responsabilidad de los gobernadores y los alcaldes, lo que indica que la clasificación o el proceso del Sisben tiene una gran influencia política, corresponde entonces a la clase política dominante en la región el asignar los respectivos subsidios.

En síntesis se observa un sistema segmentado, con diferentes regímenes, cada uno con diversas reglas de juego, con diversas formas de movilidad y con diversas formas de financiamiento, que intenta centralizar la información en un sistema que funciona de manera descentralizada, luego la gran disparidad de las fuentes y de los actores hacen inoperante la base de datos del registro de afiliados actual, aspecto fundamental que no permite el control de los recursos, lo que es prioritario controlar para garantizar el acceso a los servicios de salud de la población más vulnerable, porque las administradoras del aseguramiento dependen para su permanencia en el mercado de la Salud, del registro de cada uno de sus afiliados y por ende del valor por UPC que perciben del Sistema, ya se del régimen contributivo como del subsidiado.

4.3 IMPORTANCIA DE LA SALUD PUBLICA

Analizando la legislación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se nota que la Salud Pública ha adquirido una importancia relevante, no solamente para desarrollar políticas y programas de promoción y prevención en salud, sino en el campo de apoyo administrativo, un apoyo que tiene gran importancia en la gerencia de la organización de la salud, en el de proporcionar un sistema de información oportuno que permita poder tomar decisiones adecuadas que beneficien a la comunidad, en el desarrollo de la normatividad legal del sistema de Salud y en la investigación de conocimientos

² Decreto 1895 de 1994 . Ministerio de Salud. Republica de Colombia

que tengan repercusiones de impacto en los problemas de la comunidad y en la organización del sistema.

Se requiere en Salud Pública el plantear mecanismos que permitan conocer cual es la población real afiliada al sistema, cual es la condición de acceso de la población no afiliada, como se distribuyen los recursos de la salud, como funciona el sistema de información del sector salud y cual es la realidad de la base de datos de la población afiliada y registrada como usuarios del Sistema.

Todos estos conocimientos en definitiva pueden contribuir para que las Instituciones del Estado puedan desarrollar estrategias eficientes y eficaces que permitan ampliar la cobertura del aseguramiento y los planes de beneficios de cada uno de los tres regímenes, el de excepción, el contributivo y el subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como también el de desarrollar una adecuada vigilancia y control del aseguramiento en Salud.

Luego es indudable que la Salud Pública juega un papel preponderante en el Sistema en los actuales momentos, su permanente desarrollo en la generación de herramientas de gerencia del sistema de salud, en la utilización racional de los recursos de la salud y en la implementación de la normatividad que permita regular el sector salud, le proporcionan al Sistema General de Seguridad Social en Salud los criterios objetivos, que pueden ser utilizados en el ámbito político y social, para proponer las características necesarias que le den funcionalidad a un Registro Unico de Afiliación Nacional en red que desarrolle un modelo de Salud que sea realmente equitativo, universal, eficiente y de calidad, que mantenga y mejore la salud de las personas y su calidad de vida.

Además es necesario recordar que la gestión en salud pública es una función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados por la Ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción⁶⁰.

Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la ley 715 de 2001, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones.

Se exceptuarán de la financiación de estas acciones, a las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas⁶⁰.

⁶⁰ Ley 715 de 2001, artículo 46. Republica de Colombia

4.3 MARCO NORMATIVO DE LA SALUD

La Corte Constitucional ha distinguido a la salud como un servicio público que genera, al mismo tiempo, derechos prestacionales, asistenciales y derechos fundamentales, además se considera que la salud es un derecho de la persona y un servicio público de amplia configuración legal.⁷

La Corte Constitucional, expreso respecto a la salud:

“En la medida en que corresponde a la ley definir cuales son las prestaciones obligatorias en salud y establecer sistemas de acceso a la seguridad social, debe entenderse que toda persona que cumpla con los requisitos legales para ingresar y permanecer en el sistema de salud, tiene igualmente un derecho constitucionalmente protegido a recibir las correspondientes prestaciones médicas”¹⁷

La realización del derecho a la salud tiene como punto de partida el sistema que organice el Estado para responder a la demanda de servicios de la comunidad, por lo tanto a nivel jurídico se le asigna a la salud el carácter de derecho prestacional, lo cual significa que se requiere de un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura.¹⁸

La Corte Constitucional ha esgrimido tres criterios para entender el derecho a la salud como derecho fundamental, en razón de su conexidad con otros derechos fundamentales, debido a su importancia frente a sujetos de especial protección constitucional y como derecho fundamental autónomo en relación con su contenido mismo, el llamado derecho prestacional fundamental.

La jurisprudencia constitucional considera que los derechos fundamentales por conexidad son aquellos que no siendo denominados como tales en el texto constitucional, sin embargo, se les da esta calificación en virtud de la íntima relación con otros derechos fundamentales, de tal forma que si no se protegieran en forma inmediata los primeros se podría ocasionar la vulneración o amenaza de los segundos.

Este es el caso de la salud, que no siendo en principio derecho fundamental, se le da esta categoría cuando la desatención del enfermo amenaza con poner en peligro su derecho a la vida.

La Corte Constitucional precisa también que el derecho a la salud conforma, en su naturaleza jurídica, un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques: el primero, que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida. Por estos aspectos, el derecho a la salud resulta un derecho fundamental.

El segundo bloque de elementos, ubica el derecho a la salud con un carácter asistencial, colocado en las referencias funcionales del denominado Estado

⁷ El derecho a la salud. Defensoría del pueblo . Serie Desc – Bogota, D.C. 2003

¹⁷ Sentencia C-177 de 1998. Corte Constitucional

¹⁸ Sentencia T-978 de 2001. Corte Constitucional

Social de Derecho, en razón de que su reconocimiento impone acciones concretas.

La frontera entre el derecho a la salud como fundamental y como asistencial es imprecisa y sobre todo cambiante, según las circunstancias de cada caso, pero en principio puede afirmarse que el derecho a la salud es fundamental cuando esta relacionado con la protección a la vida.¹⁹

La Constitución también determina que el derecho a la salud de los niños y las niñas es de rango fundamental¹, es decir un derecho subjetivo de aplicación inmediata. Por este motivo, el juez constitucional tiene la potestad de aplicar directamente, en ausencia de prescripción legislativa, el núcleo esencial de los derechos fundamentales del menor.

La corte considera que el núcleo esencial del derecho a la salud de los niños, que autoriza su protección por vía tutela, exige la existencia de un atentado grave contra la salud de los menores, que la situación que se reprocha no pueda evitarse o conjurarse por la persona afectada y que la ausencia de prestación del servicio ponga en alto riesgo la vida, las capacidades físicas o psíquicas del niño o su proceso de aprendizaje o socialización.²⁰

De tal forma, que cualquier juez de la república debe ordenar a los sujetos directamente implicados, el cumplimiento de sus respectivas responsabilidades, a fin de asegurar la satisfacción de las necesidades básicas del menor.

El alto tribunal preciso que el derecho a la salud de los adultos mayores es un derecho fundamental autónomo, dadas las características de especial vulnerabilidad de ese grupo poblacional y su particular conexidad con el derecho a la vida y a la dignidad humana.

Luego a pesar de las diferencias claras entre los magistrados de la Corte Constitucional respecto a la naturaleza del derecho fundamental, argumenta que los fallos de la corte que se puede incurrir en la violación de un derecho de manera autónoma, el derecho a recibir la atención en salud definidas en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud tanto subsidiado como contributivo, de tal manera que existe un derecho subjetivo claro a favor de los afiliados que pertenecen a cada uno de los regímenes del Sistema,³² y es lo que se esgrime en la gran mayoría de tutelas que recoge el Sistema⁵¹.

Esto podría implicar que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el POS, se estaría frente a la violación de un derecho, sea de manera autónoma o para algunos juristas de carácter prestacional que se conecta con el derecho fundamental de la protección a la vida, luego es necesario buscar mecanismos que permitan al

¹⁹ Sentencia T-484 de 1992 . Corte Constitucional

¹ Constitución política de Colombia, artículo 44

²⁰ Sentencia SU-225 de 1998. Corte Constitucional

³² Criterios de la Defensoría del pueblo . El Derechos a la salud. Bogotá, D.C. , 2003

⁵¹ La tutela y el derecho a la Salud. Causas de la tutela en Salud. Defensoría del Pueblo

afiliado el que pueda conocer sus derechos y deberes para con el Sistema, que conozca la red de prestadores adscritos a la Administradora de Aseguramiento elegido por el usuario, los procedimientos a que tiene derecho en el POS y su situación contractual con el Sistema.

Ahora a quien le corresponde regular y verificar que exista un sistema de información en red que garantice el derecho de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el artículo 173 de la ley 100 de 1993, establece que es función del hoy Ministerio de la Protección Social reglamentar "...la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema de Seguridad Social de Salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio.

La inobservancia de esta reglamentación será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento.", y conforme al numeral 10 del artículo 2º del Decreto Ley 205 de 2003, le corresponde al Estado a través del Ministerio de la Protección Social definir y regular el Sistema de Información del Sector que comprende, entre otros el Sistema de Seguridad Social Integral, así como los mecanismos para la recolección, tratamiento, análisis y utilización de la información.

El Artículo 42 de la Ley 715 de 2001 establece como competencias en salud por parte de la Nación, la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional y la definición, diseño, reglamentación, implantación y administración del Sistema Integral de Información en Salud, con la participación de las entidades territoriales

El Artículo 5º del Decreto Ley 1281 de 2002 establece que quienes administren recursos del sector salud y quienes manejen información sobre la población, incluyendo los regímenes especiales o de excepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, harán parte del sistema integral de información del sector salud para el control de la afiliación, del estado de salud de la población y de los recursos y responderán por su reporte oportuno, confiable y efectivo, de conformidad con las disposiciones legales y los requerimientos del hoy Ministerio de la Protección Social.

También establece que es el Ministerio de la Protección Social la entidad Estatal, que le corresponde definir las características del Sistema de Información necesarias para el adecuado control y gestión de los recursos del sector salud.

Como se observa existe en el sector salud una gran cantidad de normatividad que le da los argumentos al Ministerio de la Protección Social para poder implementar un registro único de afiliación nacional de los afiliados al Sistema de Salud, inclusive en red, por ejemplo el Artículo 6º del Decreto Ley 1281 de 2002 establece que la Registraduría Nacional del Estado Civil, las Cámaras de Comercio, las entidades que administran regímenes de excepción de la Ley 100 de 1993 y todas aquellas que manejen información que resulte útil para

evitar pagos indebidos con recursos del sector salud, deberán suministrar la información y las bases de datos que administren con la oportunidad que la requieran el hoy Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud para su procesamiento directo o a través del Administrador Fiduciario del FOSYGA.

La resolución No. 890 de 2002 modificada por las Resoluciones Nos. 1375 del mismo año y 195 de 2005, el Ministerio estableció los requerimientos mínimos de información sobre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los regímenes exceptuados del mismo y a planes adicionales de salud, de los que habla la Ley 100 de 1993, en lo que se refiere al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Luego estas entidades están obligados a aplicarla deben generar, mantener, actualizar y reportar para efectos de la dirección, operación, seguimiento, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sus recursos y de determinar la responsabilidad, flujo y periodicidad en la actualización y reporte de la información.

De igual manera, el decreto 2280 de 2004, por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, dispuso en su artículo 8º que no se podrá compensar sobre afiliados que no se encuentren registrados en la base única de afiliados.

Del mismo modo, el giro de los recursos del Régimen Subsidiado en Salud se hará a partir de la información que para este régimen repose en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), según lo establecido por el Decreto 050 de 2003, modificado por el Decreto 3260 de 2004.

Este decreto determina que se hace necesario definir las estructuras de datos que permitan la consolidación de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 8º del Decreto 2280 de 2004.

Tanto el Decreto 3260 como el 2280 del 2004, intentan garantizar la calidad y oportunidad de la información de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los regímenes exceptuados del mismo y a planes adicionales de salud.

Todo ello, con el objeto de contar con información consolidada de la población cubierta por los diferentes regímenes para soportar la definición de políticas de ampliación de cobertura, control de la multifiliación, control de movilidad entre regímenes y optimización en la asignación de los recursos financieros.

Estas normas intentan depurar la información reportada por las administradoras del aseguramiento, y los organismos encargados de los planes adicionales o complementarios del sector salud y establece las responsabilidades que tiene estas entidades con el Sistema.

La Resolución 1149 del 2006 del Ministerio de la Protección Social expresa todo lo referente a la afiliación de las personal al Sistemal General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, a los regímenes especiales y exceptuados del mismo y a planes adicionales de salud.

Manifiesta que todos los actores del Sistema están obligados a aplicar la presente Resolución para generar, mantener, actualizar y reportar para efectos de la dirección, operación, seguimiento, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sus recursos y aclara que es responsabilidad de las administradoras del aseguramiento el de mantener un adecuado fuljo y periodicidad en la actualización y reporte de la información de sus afiliados al Sistema.

La resolución 1149 de 2006 también aclara que el Administrador Fiduciario del FOSYGA verificará la estructura y consistencia de los archivos entregados por los administradoras del aseguramiento del régimen contributivo, actualizará la base de datos de afiliados con los registros sin errores y generará los archivos de registros inconsistentes y de multifiliados, los cuales enviará a los involucrados para que procedan a solucionarlos.

El Administrador Fiduciario del FOSYGA actualizará permanentemente la base de datos única de afiliados, la suministrará a los actores involucrados, en lo pertinente a su competencia, y la utilizará como soporte para el proceso de compensación según lo establecido por el artículo 8º del Decreto 2280 de 2004.

La resolución 1149 de 2006 establece los parámetros a seguir para verificar la información del régimen subsidiado, establece que el Administrador Fiduciario del FOSYGA notificará a las entidades territoriales dentro los ocho (8) días hábiles siguientes a su recepción, sobre los medios magnéticos que sean ilegibles, que presenten defectos físicos o sobre los registros inconsistentes y casos de multifiliación encontrados. El Administrador Fiduciario del FOSYGA actualizará las bases de datos con los registros que no presenten inconsistencias.

Determina que las entidades territoriales a las cuales se haya notificado cualquiera de las circunstancias a que se refiere a los registros que presentan inconsistencias, deberán remitir la información corregida, dentro de los ocho (8) días hábiles del mes siguiente.

El Decreto 3615 del 10 de octubre del 2005, es la norma que regula el proceso por el cual las entidades interesadas solicitan autorización para la afiliación colectiva de sus miembros independientes al Sistema General de Seguridad Social Integral, los requisitos a cumplir están expresos en la norma.

El Decreto 1931 del 12 de junio de 2006 indica que a partir del primero de agosto de este año, las empresas que tengan 1.500 o más cotizantes deberán, en forma obligatoria pagar los aportes salud, pensiones y riesgos profesionales, cajas de compensación, SENA e ICBF, mediante la Planilla Integrada de Aportes.

Para las empresas con 500 o más cotizantes, el decreto establece su ingreso el primero de octubre de este año, para las empresas con 100 o más cotizantes la fecha es el primero de diciembre del presente año y para las que tengan 30 o más cotizantes, la Planilla tiene que empezar a ser utilizada obligatoriamente desde el primero de febrero del 2007.

Por su parte, las empresas que cuenten con menos de 30 cotizantes, así como los trabajadores independientes, deberán autoliquidar sus aportes directamente en la Planilla y pagar vía Internet, a partir del primero de abril del 2007.

Es de anotar que existe toda una reglamentación que permite pensar en desarrollar las características necesarias para implementar un registro único de afiliación nacional en red que permita conocer la realidad de la población afiliada, el control de los procesos de afiliación de las personas al Sistema y así contribuir a garantizar el acceso a los servicios de salud de los usuarios.

4.4 ATENCION Y BENEFICIOS DE LOS AFILIADOS EN SALUD

El Estado reglamenta la Seguridad social en Salud como un servicio público esencial, como un servicio de interés público a cargo de particulares o del propio Estado, además legisla sobre los participantes del sistema, el tipo de afiliación y los derechos de los afiliados.

Ello obliga a todas las entidades públicas, privadas o mixtas o de economía solidaria, debidamente autorizadas, a participar en el sistema general de seguridad Social en salud, garantizando la prestación del servicio o prestando uno o varios beneficios a la población afiliada.

En el Sistema de Seguridad Social en Salud, como servicio público esencial existen los siguientes planes de beneficios ³:

- Plan de atención Básica en Salud –PAB
- Plan Obligatorio de salud del régimen Contributivo - POS
- Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado - POSS
- Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos
- Atención inicial de urgencias

4.4.1 PLAN DE ATENCIÓN BASICA

El plan de atención Básica es un plan definido por el Ministerio de la Protección Social, en conformidad con el artículo 49 de la Constitución política, es de carácter obligatorio y gratuito dirigido a todos los habitantes del territorio nacional.

Es responsabilidad y obligación del Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social y los entes territoriales del orden departamental, distrital y municipal la financiación, planeación, ejecución y control del PAB.

³ Decreto 806 de 1998 . Ministerio de Salud. República de Colombia

Para la ejecución del PAB, se podrán contratar los servicios con las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de los servicios de Salud (IPS), las cajas de compensación familiar (CCF), con los profesionales de la salud, las comunidades y las Empresas Solidarias de Salud (ESS).

La ley consagra que el plan de atención básica debe ser diseñado, adoptado y asumido por las entidades territoriales en el plan local y en el plan de desarrollo de su región.

Establece que los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica en su plan de desarrollo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. A partir del año 2003, sin la existencia de este plan estos recursos se girarán directamente al departamento para su administración. Igual ocurrirá cuando la evaluación de la ejecución del plan no sea satisfactoria⁶⁰.

La prestación de estas acciones se contratará prioritariamente con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa.

4.4.2 PLAN OBLIGATORIO DE SALUD CONTRIBUTIVO- POSc

Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho cada afiliado tanto cotizante como beneficiario en el régimen contributivo, y que están obligadas a garantizar las EPS, las Entidades Adaptadas (EAS) debidamente autorizadas por el Gobierno Nacional a través de la Superintendencia Nacional de Salud.

El contenido del POS, está definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), una entidad politizada, que no ha contribuido con sus decisiones a darle viabilidad al sistema de aseguramiento, es el organismo que establece que debe incluirse en el contenido del plan del contributivo, que es lo que requiere el POSc en aspectos como la educación, la información y el fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, en todos los niveles de complejidad, así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

En el régimen contributivo las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es la de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio contributivo a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos por la Ley 100.⁵

Todos los trabajadores con contrato laboral, los independientes con ingresos y los pensionados deben estar afiliados al régimen contributivo.

⁶⁰ Ley 715 de 2001., artículo 46 . República de Colombia

⁵ Ley 100 de 1993. Libro II . Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La ley 100, consagra también que la responsabilidad de la afiliación del empleado corresponde al empleador y del pensionado al Fondo de pensiones, también indica que los valores de cotización son diferentes para cada grupo, así para el trabajador dependiente el valor es del 12% del ingreso mensual establecidos de la siguiente manera 8% lo aporta el empleador y el 4% el empleado, el trabajador independiente aporta como valor de cotización el 12% del total de sus ingresos y el pensionado aporta como valor de cotización el 12% de su ingreso mensual.

Además es significativo que la legislación en Seguridad Social en Salud determina que el empleado tiene la libertad de escoger la EPS a la cual desea afiliarse en conjunto con su familia, y debe comunicársela al patrono, de igual manera el pensionado debe informar al fondo de pensiones, cual es su EPS de elección y es el fondo de pensiones el responsable de entregar el valor de la cotización mensual del pensionado y la de su familia a la Empresa Promotora de Salud(EPS). Una vez el empleador afilia al empleado y el fondo de pensiones al pensionado, ellos y sus familias adquieren el derecho a recibir los beneficios del Plan Obligatorio de Salud contributivo (POSc).

La EPS a la que se afilia la persona, está obligada a entregarle un carne de salud a la persona cotizante y a cada uno de los beneficiarios a su cargo, sino se le ha entregado el carne, puede demostrar que se encuentra afiliado con el formulario de afiliación, con la autoliquidación de aporte o con el documento que pruebe que se encuentra al día en el pago de los aportes.

El estar afiliado a una EPS, le permite al usuario poder recibir el Plan Obligatorio de Salud Contributivo, POS , recibir un subsidio en dinero solo al cotizante en caso de incapacidad por enfermedad o en caso de licencia de maternidad⁵.

Todos los afiliados cotizantes y beneficiarios del POS, deben pagar una cuota moderadora establecida cada año por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), con el fin de evitar la demanda innecesaria de los servicios. Estas cuotas se pagan cuando se usa el servicio y varia de acuerdo con el ingreso base de cotización del afiliado, lo que crea una barrera de acceso a los servicios por parte de los afiliados al Sistema.

Las Empresas Promotoras de Salud y las Entidades Adaptadas, deben garantizar la prestación de los servicios contenidos en el POS, en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia, con cargo a los recursos que les reconoce el Sistema por concepto de la Unidad de pago por capitación, las cuotas moderadoras y los copagos definidos por el CNSSS.

La ley consagra que en caso de mora en el pago por el empleador o el fondo de pensiones, estos deberán asumir directamente el costo de las prestaciones económicas incluidas en el POS, y deberán cancelar la totalidad de las cotizaciones atrasadas que pertenecen al Sistema.

⁵ Ley 100 de 1993. Libro II . Sistema General de Seguridad Social en Salud. República de Colombia

Para poder incluir el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos en el plan Obligatorio de salud, se tendrá en cuenta lo siguiente³:

1. El conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y guías de atención que se incluya deberá ser seleccionado con criterios de costo-efectividad, orientado a la solución de las enfermedades de acuerdo con el perfil de morbilidad y con las condiciones de tecnología existentes en el país.
2. Las actividades, intervenciones, procedimientos médicos, medicamentos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos deberán estar aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.
3. Las actividades, intervenciones, medicamentos y procedimientos médicos incluidos deberán cumplir con los criterios de eficacia comprobada para resolver o mejorar las condiciones generadas por la enfermedad y de seguridad, para evitar o reducir el riesgo a los pacientes, a su familia, al personal de la salud y a la comunidad en general.

La ley establece que los beneficios del POS, deben ser actualizados por el CNSSS, de acuerdo a criterios como lo son, la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema³.

Para poder acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del POS, se considera necesario y obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédicas del primer nivel de atención, es decir que se requiere del procedimiento de remisión por parte del médico general, con excepción de las atenciones de urgencias y pediatría y cuando la persona requiere periódicamente de servicios especializados.

Cuando el afiliado al Régimen Contributivo requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente. Cuando no tenga capacidad de pago para asumir el costo de estos servicios adicionales, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta y cobrarán por su servicio una cuota de recuperación.

4.4.3 PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO -POSs

Los acuerdos 77 de 1977 y el 225 del 2002, son la reglamentación que le proporcionan un cuadro legal al régimen subsidiado y a partir de esa fecha el gobierno ha implementado una serie de normas que intenta corregir las deficiencias que se aprecian en el proceso de afiliación, en la forma de financiación y en la identificación de los posibles beneficiarios del Sisben.

³ Decreto 806 de 1998. Ministerio de Salud. República de Colombia

Se considera que el POSs, es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, todo afiliado al régimen subsidiado, y a las cuales están obligadas las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Empresas Solidarias en Salud y las Cajas de Compensación Familiar que estén autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, como administradoras de los recursos del régimen subsidiado.

Al igual que el contenido del POS, el respectivo plan será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS.

En su etapa inicial el régimen subsidiado estableció que se dieran dos planes de beneficios: el plan obligatorio de Salud subsidiado (POSs) y el plan de atención materno infantil (PAMI).

Además es necesario enfatizar que el POSs, inicio en forma inequitativa, solo incluía servicios de salud del primer nivel de atención por un valor equivalente al 50% de la UPC del régimen contributivo e indicaba que progresivamente se incorporaría al POSs las intervenciones de salud asociadas con el segundo(2) y tercer (3) nivel de atención, y el conjunto de intervenciones de mayor costo, lo cual sería definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.².

4.4.4 ATENCION EN ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS

El Sistema de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud, ocasionadas por accidentes de tránsito con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro o al Fosyga en caso contrario.

Los servicios requeridos y no cubiertos por el SOAT o el Fosyga en cuanto a accidentes de tránsito del régimen contributivo correrán a cargo de la EPS correspondiente, siempre y cuando éstos servicios se encuentren incluidos en el POS, o por la entidad con la cual el usuario haya adquirido un plan adicional en Salud, siempre que incluya los servicios solicitados.

De otra parte en el régimen subsidiado, los servicios requeridos y no cubiertos por SOAT o el Fosyga en materia de accidentes de tránsito estarán a cargo de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) a que este afiliado la persona, siempre y cuando este incluido en el POSs. En el caso de que no se encuentre incluido en el POSs y el afiliado carezca de capacidad de pago, debe ser atendido en las IPS públicas o privadas que tengan contrato con el Estado, y se correrá la cuenta a los recursos de subsidio a la oferta³.

El Sistema también garantiza el pago a la Institución Prestadora de Salud (IPS) por la atención en salud a las personas que sufran catástrofes naturales, actos terroristas y otros eventos aprobados por el CNSSS, así como el pago de las indemnizaciones de acuerdo a la reglamentación contenida en el decreto 1283 de 1996.

² Decreto 1895 de 1994. Ministerio de Salud. República de Colombia

³ Decreto 806 de 1998 . Ministerio de Salud. República de Colombia

4.4.5 ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantiza a todas las habitantes del territorio Nacional la atención inicial de urgencias, determina que el costo de los servicios será asumido por la EPS o la ARS, a la cual este afiliada la persona o el beneficiario del respectivo plan, o a cargo del Fosyga en el caso de los vinculados o de las personas que no estén afiliados al Sistema.

La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago⁵.

Además los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el Gobierno Nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa según lo ratifica la ley 715 y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro⁶⁰.

4.5 PROCESO ADMINISTRATIVO DE LOS AFILIADOS EN SALUD

Se consideran afiliados al sistema General de Seguridad Social en Salud, a todos los residentes en Colombia que se encuentren afiliados al régimen contributivo, al subsidiado, los del régimen especial y los vinculados temporalmente al Sistema.

La ley establece que la Seguridad Social en Salud, es obligatoria y se efectuara a través de los regímenes contributivo y subsidiado, y temporalmente participara dentro del sistema la población sin capacidad de pago que se encuentre vinculada al sistema, mientras se logra la cobertura total de la población.⁵

En el régimen contributivo se considera que las personas que tienen contrato laboral y con capacidad de pago, los pensionados y los independientes con capacidad de pago deben afiliarse al sistema, mediante el pago de una cotización o aporte económico previo, el cual debe ser financiado directamente por el trabajador en el caso de los independientes, el empleador para los usuarios que tienen contrato laboral y el fondo de pensiones, para el caso de los pensionados.

⁶⁰ Ley 715 de 2001, artículo 46 .República de Colombia

⁵ Ley 100 de 1993. Libro II . Sistema General de Seguridad Social en Salud . República de Colombia

4.5.1. COMO COTIZANTE:

La legislación considera que pueden ser afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud³³:

a. Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que estén reguladas por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país.

b. Los servidores públicos.

c. 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.

d. Los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal vigente¹⁰.

e. Los cónyuges o compañeros(as) permanentes de las personas no incluidas en el Régimen de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la ley 100 de 1993 y que reúnen alguna de las características anteriores. La calidad de beneficiario del cónyuge afiliado a sistemas especiales, no lo exime de su deber de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los términos de la ley 100 de 1993.

Los afiliados deberán inscribir ante la Entidad Promotora de Salud - E.P.S. a cada uno de los miembros que conforman su grupo familiar, esta inscripción se hará mediante el diligenciamiento del formulario que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud.

El formulario deberá suscribirlo el afiliado y también el empleador cuando se trate de personas con contrato de trabajo o de servidores públicos, o en el caso de los pensionados por el Fondo de pensiones al que pertenece el afiliado.

Si el empleado o el pensionado no escogen una EPS, el empleador o el fondo de pensiones puede afiliarlo a cualquiera de las Empresas Promotoras de Salud de su preferencia, pero el trabajador o el pensionado pueden rectificar su posición dentro de los primeros tres meses de afiliación y reportar al patrono o al fondo de pensiones, el derecho que tienen de escoger la EPS de su preferencia, sino lo reporta deberá permanecer en la EPS que fue afiliado durante 24 meses (2 años)

³ Decreto 806 de 1998 .Ministerio de Salud. República de Colombia

¹⁰ Sentencia del Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo, 19 de Agosto de 2004

Solo después de los 2 años podrá solicitar el traslado a la EPS de su preferencia; la Ley establece que es el trabajador dependiente, el independiente con capacidad de pago y el pensionado, los que deben elegir libremente la EPS de su preferencia, pero sino lo hace, faculta al patrono o al fondo de pensiones para que sean ellos los que elijan

La solicitud de inscripción deberá estar acompañada de una declaración del afiliado que se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento, en la que manifieste que las personas que conforman su grupo familiar no están afiliadas a otra Entidad Promotora de Salud-EPS y que ninguna de ellas por su nivel de ingresos debe estar afiliada como cotizante.

En cuanto a los hijos, tienen derecho a ser considerados miembros del grupo familiar aquellos hijos que tengan incapacidad permanente producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables que impidan su capacidad de trabajo. Dicha incapacidad deberá acreditarse mediante certificación expedida por un médico autorizado por la respectiva EPS³.

La ley también prevé la posibilidad de afiliación de los hijos adoptivos, manifiesta que los hijos adoptivos tendrán derecho a ser incluidos en la cobertura familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o de alguna de las Casas de Adopción debidamente reconocidas por dicho Instituto³.

En cuanto a la cobertura familiar del pensionado, se considera que la afiliación al Sistema de los pensionados por jubilación, vejez, invalidez o sobreviviente, será también de cobertura familiar en iguales términos a los descritos anteriormente.

Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes en el Sistema, deberán estar vinculados a la misma Entidad Promotora de Salud - E.P.S. y los miembros del grupo familiar sólo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres que dependan económicamente de alguno de los cónyuges, siempre y cuando no sean pensionados y dependan económicamente del cotizante.⁶

Si uno de los cónyuges cotizantes dejare de ostentar tal calidad, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando y los padres inscritos pasarán en forma automática a tener la calidad de beneficiarios adicionales y deberán pagar los valores que establezca para estos casos la legislación.

Además el cotizante podrá inscribir a otros afiliados diferentes a los anteriormente descritos, siempre que dependan económicamente de él y que sean menores de 12 años o que tengan un parentesco hasta el tercer grado de

³ Decreto 806 de 1998. Ministerio de Salud . República de Colombia

⁶ Decreto 047 de 2000 .Ministerio de Salud . República de Colombia

consanguinidad, la legislación establece que podrán incluirlos en el grupo familiar, siempre y cuando pague un aporte adicional equivalente al valor de la Unidad de Pago por Capitación correspondiente según la edad y el género de la persona adicional inscrita en el grupo familiar, establecidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁶.

En todo caso el afiliado cotizante deberá garantizar como mínimo un año de afiliación del miembro dependiente y en consecuencia la cancelación de la UPC correspondiente³.

Este afiliado se denominará cotizante dependiente y tiene derecho a los mismos servicios que los beneficiarios y como tal la afiliación o desafiliación de estos miembros deberá ser registrada por el afiliado cotizante mediante el diligenciamiento del formulario de novedades.

Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siempre que todos los miembros que componen el grupo familiar, cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma Entidad Promotora de Salud.

En este caso, para la prestación de los servicios, si la Entidad Promotora correspondiente no tiene cobertura en el lugar de residencia, deberá celebrar convenios con las Entidades Promotoras de Salud del lugar o en su defecto, con las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En todo caso las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar la atención en salud a sus afiliados en casos de urgencias en todo el territorio nacional y a todos los beneficiarios del grupo familiar del cotizante, que no estén bajo contrato laboral.

Serán beneficiarios del Cotizante al Sistema el (la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años, los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente del cotizante, los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado, los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente, que dependan económicamente del cotizante. 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 del cotizante.⁵

En ningún caso podrá exigirse examen de ingreso para efectos de la afiliación al sistema. Ahora, cuando varios miembros de un mismo grupo familiar, se encuentren en una de las situaciones descritas para ser cotizante, deberán cotizar independiente para garantizar la solidaridad de todo el Sistema a la misma Entidad Promotora de Salud.

⁶ Decreto 047 de 2000 .Ministerio de Salud . República de Colombia

⁵ Ley 100 de 1993. Libro II. Sistema General de Seguridad Social en Salud. República de Colombia

Además, todos los afiliados al Sistema deberán tener un Carné de afiliación, las Entidades Promotoras de Salud(EPS) y las Adaptadas (EAS) están en la obligación de expedir un carné a cada uno de sus afiliados del Régimen Contributivo o Subsidiado, que será el documento de identificación del afiliado.

El carné de afiliación tendrá validez mientras los afiliados a esa entidad conserven tal calidad. Cuando el afiliado pierda esta calidad por traslado a otra EPS o por desafiliación, deberá devolver el carné a la EPS que lo expidió.

A partir de la vigencia del Decreto 1703 del 2002, la afiliación al sistema requiere la presentación de los documentos que acreditan las condiciones legales de todos los miembros del núcleo familiar, de la siguiente forma:

1. Para acreditar la calidad de cónyuge, el registro del matrimonio.
2. Para acreditar la calidad de compañero permanente, debe aportar declaración juramentada del cotizante y compañero o compañera en la que se manifieste que la convivencia es igual o superior a dos años. En este evento la sustitución por un nuevo compañero con derecho a ser inscrito, exigirá el cumplimiento del término antes indicado.
3. Para acreditar la calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, los registros civiles en donde conste el parentesco.
4. Para acreditar la calidad de estudiante, certificación del establecimiento educativo, en donde conste edad, escolaridad, período y dedicación académica.
5. La incapacidad permanente de los hijos mayores de 18 años según lo establecido en el Decreto 2463 de 2001.
6. La dependencia económica con declaración juramentada rendida personalmente por el cotizante, en la que conste el hecho.

Para los efectos de afiliación, la entrega de tales documentos es suficiente para acreditar la condición de beneficiario de acuerdo con las normas legales; lo anterior sin perjuicio de que las entidades promotoras de salud, EPS, o demás entidades obligadas a compensar, EOC, realicen las auditorías correspondientes, los cruces de información o que requieran al afiliado cotizante o empleador, según el caso, para que presente la documentación complementaria que acredite en debida forma tal condición, de acuerdo con lo dispuesto en el presente artículo para ser inscrito como beneficiario.

Además de la obligación de suministrar los soportes que acreditan la calidad de beneficiario de su grupo familiar cuando les sea requerida, es responsabilidad del afiliado cotizante reportar las novedades que se presenten en su grupo familiar y que constituyan causal de extinción del derecho del beneficiario, tales como fallecimientos, discapacidad, pérdida de la calidad de estudiante, independencia económica, cumplimiento de la edad máxima legal establecida y demás que puedan afectar la calidad del afiliado beneficiario.

Cuando se compruebe por la entidad promotora de salud, la ocurrencia de un hecho extintivo de la calidad de beneficiario, no comunicado oportunamente a dicha entidad por parte del afiliado cotizante, dicha entidad seguirá el procedimiento de desafiliación correspondiente, previa comunicación escrita al

afiliado cotizante, con no menos de un (1) mes de antelación; el cotizante responderá pecuniariamente en todo caso, por el reporte extemporáneo de las novedades correspondientes de su grupo familiar, debiendo reembolsar los gastos en que incurrió el Sistema durante el periodo en que el beneficiario carecía del derecho.

Las entidades promotoras de salud, EPS, deberán realizar pruebas de auditoría a través de muestreos estadísticamente representativos de su población de afiliados, con el objeto de verificar la perdurabilidad de las calidades acreditadas al momento de la afiliación y, establecer las medidas correctivas a que haya lugar.

Igualmente, deberán realizar requerimientos a los afiliados cotizantes, para que presenten la documentación que les sea requerida para acreditar el derecho de los beneficiarios a permanecer inscritos dentro del Sistema.

Las entidades promotoras de salud, EPS, presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un informe con los resultados obtenidos en las auditorías realizadas o de los cruces de información y las medidas de ajuste adoptadas.

Las entidades públicas o privadas suministrarán la información que se requiera por parte de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, con el fin de que puedan realizar los cruces de información, correspondiendo a estas últimas el cuidado de la información entregada.

Sin embargo el Ministerio de la Protección Social puede realizar acciones de verificación de los soportes de la afiliación de cotizantes y beneficiarios y determinar los instrumentos que deberán ser aplicados por las entidades promotoras de salud, EPS, con el fin de establecer la debida permanencia de los beneficiarios al Sistema.

Además la legislación también determina cuando se pierde la calidad de afiliado, manifiesta que se procederá a la suspensión de la afiliación respecto de los afiliados beneficiarios sobre quienes no se presente la documentación en los términos señalados por la norma, hecho que deberá ser comunicado en forma previa y por escrito a la última dirección registrada por el afiliado cotizante con una antelación no menor a quince (15) días y se hará efectiva a partir del primer día del mes siguiente al de la respectiva comunicación.

Durante el periodo de suspensión no habrá lugar a compensar por dichos afiliados. Transcurridos tres (3) meses de suspensión sin que se hayan presentado los documentos, se procederá a la desafiliación de los beneficiarios que no fueron debidamente acreditados con la consecuente pérdida de antigüedad. Cuando se compruebe que el cotizante incluyó beneficiarios que no integraban su grupo familiar, el afiliado cotizante también perderá su antigüedad en el Sistema y serán desafiliados todo el grupo familiar que no cumpla con los requisitos determinados por la ley.

La afiliación a cualquiera de las Entidades Promotoras de Salud -E.P.S. en los regímenes contributivo, es libre y voluntaria por parte del afiliado.

En el Régimen Contributivo, tratándose de personas vinculadas a la fuerza laboral mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, la selección efectuada deberá ser informada por escrito al empleador.

Efectuada la selección, el empleador deberá adelantar el proceso de afiliación con la respectiva Entidad Promotora de Salud, mediante el diligenciamiento de un formulario único previsto para el efecto por la Superintendencia Nacional de Salud, que deberá contener por lo menos los siguientes datos³ :

- Nombres y apellidos o razón social y NIT del empleador.
- Nombre, apellido e identificación del afiliado cotizante.
- Nombre e identificación del grupo familiar del afiliado
- Salario o ingreso base de cotización del afiliado.
- Dirección de residencia del trabajador y dirección del empleador y/o entidad que otorga la pensión.
- Sexo y fecha de nacimiento del afiliado cotizante y de su grupo familiar.
- Administradora de Riesgos Profesionales a la cual se encuentra afiliado el cotizante.
- Mención de otros cotizantes del grupo familiar.

Cuando el afiliado se traslade de Entidad Promotora de Salud, en el formulario de registro de novedades y traslados definido por la Superintendencia Nacional de Salud, deberá consignarse que la decisión de traslado ha sido tomada de manera libre y espontánea por el afiliado, la legislación determina que debe ser reportada la novedad de desafiliación a la EPS, requisito indispensable para el flujo de recursos por Unidad de pago por Capitalización (UPC), situación que amerita control por parte de los órganos de vigilancia y control del Sistema, para ello es necesario promover el registro único de afiliación nacional en especial del régimen contributivo, que ayude a consolidar el sistema de información del Sistema de seguridad Social en Salud.

4.5.1.1 COTIZANTE DEPENDIENTE:

La legislación consagra que existen unas reglas para los cotizantes dependientes o para los afiliados adicionales en el régimen contributivo, estas reglas son:⁶

- 1.Sólo podrán incluir nuevos afiliados adicionales aquellos cotizantes que hubieran cancelado en forma oportuna y completa sus obligaciones al sistema durante el trimestre inmediatamente anterior a la inclusión del afiliado adicional.
2. Cuando el afiliado cotizante incluya a un afiliado adicional e incurra en mora superior a treinta (30) días, el afiliado adicional será desafiliado. Para este efecto, se entiende que la representación del afiliado adicional está en cabeza del afiliado cotizante.
3. Los afiliados cotizantes a quienes se les hubiera cancelado su afiliación por falta de pago, sólo podrán afiliar personas adicionales, una vez transcurridos

³ Decreto 806 de 1998. Ministerio de Salud. República de Colombia

⁶ Decreto 047 de 2000 . Ministerio de Salud. República de Colombia

doce meses de pagos continuos contados a partir de la fecha de su reingreso al sistema.

4. Los afiliados adicionales estarán sujetos a períodos mínimos de cotización, los cuales se contarán a partir de la fecha de su inclusión. Cuando se afilien adicionales con tratamientos en curso, sujetos a períodos mínimos de cotización es deber del afiliado cotizante cancelar en forma directa a la Entidad Promotora de Salud los recursos necesarios para costear íntegramente este tratamiento, hasta el momento en que cumpla con las semanas requeridas.

5. No se podrán incluir como afiliados adicionales a personas que se encuentren afiliados al régimen subsidiado o a un régimen de excepción salvo que demuestren su desafiliación a dicho sistema, o a personas que tengan capacidad de pago. El cotizante que incurra en esta conducta deberá reembolsar todos los gastos en que hubiera incurrido la Entidad Promotora de Salud frente al afiliado adicional.

6. No se podrán incluir como afiliados adicionales, por el mismo cotizante o su cónyuge o compañero permanente, aquellas personas que hubieran afiliado en calidad de adicionales durante los tres (3) años anteriores y respecto de las cuales no hubiera mantenido pagos continuos. El incumplimiento de esta disposición dará derecho a la cancelación inmediata de la afiliación.

7. Los pagos frente a los afiliados adicionales se deberán realizar en forma anticipada por períodos mensuales.

8. Los afiliados que pretendan afiliar personas adicionales deberán suscribir un título valor mediante el cual se obliguen a cancelar en forma ininterrumpida la suma correspondiente a la afiliación respectiva, hasta por un período mínimo de dos años.

Cuando una persona sea dependiente de más de un empleador o reciba pensión de mas de una administradora de pensiones, cotizará sobre la totalidad de los ingresos con un tope máximo de veinte salarios mínimos mensuales legales vigentes, en una misma Entidad Promotora de Salud, informando tal situación a los empleadores o administradoras de pensiones correspondientes.

4.5.1.2 COTIZANTE INDEPENDIENTE:

Los trabajadores independientes y demás personas naturales con capacidad de pago, deben afiliarse a una Entidad Promotora de Salud-E.P.S , la cual deben seleccionar libremente, este proceso se realiza mediante el diligenciamiento del respectivo formulario único. La Superintendencia Nacional de Salud definirá la información adicional que deberá contener el formulario para la afiliación de dichas personas y para el pago de las respectivas cotizaciones y deberá establecerse si la afiliación se efectúa a través de una entidad agrupadora o directamente.

La ley 100 de 1993, en su artículo 204 , establece que para efectos de cálculo de la base de cotización de los trabajadores independientes, el Gobierno Nacional , podrá reglamentar un sistema de presunción de ingresos con base en información sobre nivel de educación, la experiencia laboral y el patrimonio de los individuos.

La legislación actual divulgada por el Ministerio de la Protección Social sobre los trabajadores independientes, hace referencia a los agremiados(decreto 516 de 2004) y a los no agremiados (circular 0001 del 2004).

En el momento la legislación define que la afiliación colectiva de los trabajadores independientes con ingresos inferiores a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes puede realizarse al régimen contributivo a través de agremiaciones.

Es necesario para afiliarse por medio de las agremiaciones, que los trabajadores independientes, acrediten ante la Entidad promotora de Salud, los siguientes aspectos:⁹

1. Certificación sobre su vinculación a una agremiación que tenga dentro de su objeto la afiliación al Sistema general de Seguridad Social en Salud, la cual debe tener el número de afiliados con los que cuenta.
2. Que quien solicita la afiliación no perciba ingresos adicionales a los derivados de su calidad de trabajador independiente, lo que debe certificar mediante declaración juramentada
3. La vigencia de garantía de afiliación dada por la Superintendencia nacional de Salud.

El afiliado a la agremiación deberá cotizar sobre el resultado de la presunción de ingresos, sin que en ningún caso el ingreso base de cotización sea inferior a 1,5 salarios mínimos mensuales legales vigentes.⁹

Las agremiaciones tienen como responsabilidad la de informar a los asociados las diferentes opciones de EPS en el mercado, respetando el derecho de libre elección, la de asesorarlos para garantizar que se cumplan sus derechos, la de colaborar en los trámites administrativos que permitan realizar el proceso de afiliación y reporte de novedades de los agremiados y sus beneficiarios, la de ayudarle al afiliado para obtener el pago de licencias de maternidad e incapacidad por enfermedad general y la de colaborar en la revisión de la documentación que acredite la condición de todos y cada uno de los beneficiarios del cotizante⁹.

La legislación establece que las agremiaciones deben garantizar el pago de la cotización del afiliado durante los dos (2) meses siguientes a aquel en el cual entro en mora, por lo tanto debe contar con una reserva de dinero o fondo

⁹ Decreto 516 de 2004. Ministerio de la Protección Social . República de Colombia

especial destinado a cubrir la garantía del pago de cotización, equivalente como mínimo a quinientos(500) salarios mínimos mensuales legales vigentes por cada tres (3.000) afiliados y proporcionalmente por cada fracción que exceda los primeros tres mil (3.000) afiliados.

La agremiación podrá incrementar el monto del aporte o contribución, cuando sea necesario reconstituir el valor de las reservas o fondo requerido para honrar las garantías del pago de aportes, en todo caso la vinculación a una agremiación no constituye relación o vínculo laboral.

Le corresponde a la EPS, verificar la existencia de la agremiación, el cumplimiento de las condiciones de afiliación y la validez del pago de las cotizaciones y corroborar que cada dos(2) meses la agremiación informe sobre los afiliados que garantiza.

Cuando se haga efectiva la garantía de pago por mora de dos (2) meses del asociado, sin que el mismo acredite nuevamente su regularización en los pagos de la cotización obligatoria al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se entenderá que cesa la obligación de la agremiación frente a la EPS. La EPS deberá proceder a la desafiliación de acuerdo con las normas generales, registrando al afiliado en mora a partir del agotamiento de la garantía.⁹

Cuando el afiliado o alguno de sus beneficiarios se encuentre recibiendo servicios en los que esté de por medio la vida, y ya no este agremiado, la agremiación deberá extender la garantía de afiliación para sus afiliados hasta por hasta por dos (2) meses adicionales.

Si el afiliado hubiere cotizado sobre una base inferior a la que legalmente estaba obligado, la EPS procederá a realizar el ajuste de la cotización y a constituir en mora al afiliado, por la elusión cometida con los efectos legales correspondientes.

Ahora, es necesario considerar que el Ministerio de la Protección Social ante un fallo del Consejo de Estado, manifestó mediante una norma en el 2004 que el ingreso base de cotización mínimo en el régimen contributivo de salud , se puede realizar bajo un (1) salario mínimo mensual vigente⁴⁰, aplicando para ello la presunción de ingresos, lo que busca la medida es un aumento de la cobertura y se espera para la vigencia del 2005 una población nueva de afiliados de 300.000 personas, según estadísticas del Ministerio de la Protección Social.

4.5.2 COMO SUBSIDIADO:

El artículo 213 de la ley 100 de 1993, aclara que será beneficiaria del régimen subsidiado toda la población pobre y vulnerable del país tanto en el área rural como en la urbana, es decir la población sin capacidad de pago para cubrir el monto de la cotización.

⁹ Decreto 516 de 2004. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia

⁴⁰ Circular 0001 del 6 de Diciembre de 2004. Ministerio de la Protección Social

El Gobierno Nacional previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud- CNSSS, es el encargado de definir los criterios generales que se deben aplicar por las entidades territoriales para definir los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud, según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda

Es afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del pago de una Unidad de Pago por Capitación- UPC-S, la población pobre y vulnerable que sea identificada como tal, de acuerdo con los criterios del Sistema del Sisben definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Se consideran beneficiarios del régimen subsidiado todas aquellas personas que no tienen capacidad de pago para cubrir total o parcialmente su cotización y que reciben subsidio para complementar el valor de la unidad de pago por capitación subsidiado.²

Teniendo en cuenta que la afiliación es gradual dependiendo del volumen de recursos, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la población prioritaria.

Existen unos requisitos para solicitar su afiliación al régimen subsidiado, y es el que se encuentren clasificadas por el Sistema de información para la identificación de Beneficiarios de Subsidios, (SISBEN), como integrantes de los estratos 1 y 2².

La ley también establece que las direcciones seccionales, distritales o locales de salud deberán impulsar el desarrollo del sistema de focalización requerido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual debe ser administrado por el departamento, el distrito o el municipio.²

Para la adjudicación del subsidio en Salud, tendrán prelación las personas o grupos de personas más pobres y vulnerable del país, las mujeres durante el embarazo, parto, posparto y periodo de lactancia; los niños menores de un año, las madres comunitarias y las madres cabeza de familia.

La población afiliada al Régimen Subsidiado, tendrá la garantía de que sus afiliados recibirán la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud subsidiado-POSs, que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en los términos establecidos por el artículo 162 de la ley 100 de 1993.

La autoridad calificadora para la focalización del Sisben, le corresponde a las direcciones seccionales, distritales y locales de Salud de los departamentos, distritos y municipios, son los encargados de calificar como beneficiarios del

² Decreto 1895 de 1994 . Ministerio de Salud. República de Colombia

régimen subsidiado a aquellas personas que se inscriban para recibir el subsidio y que cumpla con los requisitos para ello.

En aquellos departamentos, municipios y distritos en los cuales no se haya conformado las direcciones de salud, la calificación de los beneficios del régimen subsidiado le corresponderá desarrollarla al jefe de la administración departamental, municipal o distrital.

Toda la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago, pueden recibir subsidio parcial o total, de acuerdo con los criterios de identificación del Sisben y el orden de prioridades.

La identificación de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado se hará en todos los municipios del país(1098) mediante la encuesta Sisben o el instrumento que a su criterio defina el Gobierno Nacional.

No podrán ser beneficiarios de los subsidios del régimen subsidiado las personas que tengan vínculos laboral vigente, los que perciben ingresos o renta suficiente para afiliarse al contributivo, los pensionados o cualquier persona que este en los regímenes de excepción.

La población beneficiaria del régimen subsidiado podrá ser entre otros:

1. La población infantil abandonada, el listado censal de esta población es elaborado por el Instituto Colombiano del Bienestar familiar (ICBF)
2. La población indigente, el listado es elaborado por las alcaldías municipales
3. Poblaciones en condiciones de desplazamiento forzado, su identificación se basa en el sistema único de registro de la red de solidaridad o el ministerio del Interior.
4. Las Comunidades indígenas.
5. Población desmovilizada, la población desmovilizada y su núcleo familiar será identificada por la Secretaria especial para la reinserción del Ministerio del Interior y su afiliación al sistema depende de lo que lo determine para esos casos el CNSSS¹⁵
6. Núcleos familiares de las madres comunitarias, los miembros del núcleo familiar son identificados por el ICBF.
7. Personas de la tercera edad en protección de ancianatos, el listado de potenciales beneficiarios es elaborado por cada entidad territorial.
8. Población real migratoria, el listado de potenciales beneficiarios es elaborado por los gremios agrícolas o las organizaciones de usuarios campesinos.

También serán beneficiarios al sistema el (la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años, los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan del afiliado subsidiado, los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean

¹⁵ Acuerdo 244 de 2003 .Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la Protección Social

estudiantes con dedicación exclusiva y dependan del afiliado, los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente, que dependan del subsidiado. 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 del afiliado subsidiado.

Cuando el afiliado al Régimen Subsidiado requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POSs y no tenga capacidad de pago para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta, además estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes.

Las entidades territoriales, la secretaria especial para la reinserción del Ministerio del Interior, los gobernantes indígenas, la red de solidaridad deben reportar mensualmente a la entidad territorial todas las novedades que determinan la ampliación o exclusión de las personas a los listados elaborados inicialmente.

Todas estas personas serán identificadas mediante el registro civil, el certificado de nacido vivo, la tarjeta de identidad, la cédula de ciudadanía o la cedula de extranjería en los casos de residentes extranjeros y por la autoridad competente del cabildo o resguardo indígena.

Existen unos criterios de priorización de beneficiarios del subsidio del régimen subsidiado, establecidos por el CNSSS y el Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, le corresponde por la tanto a los gobernadores y a los alcaldes elaborar las listas de potenciales afiliados al régimen subsidiado, ratificar que los niveles 1 y 2 de la encuesta Sisben sean tenidos en cuenta, colocarlos en orden ascendente de menor a mayor puntaje y de la más antigua a la más reciente, teniendo en cuenta los siguientes criterios:¹⁵

- Recién nacidos
- Población del área rural
- Población indígena
- Población del área urbana

Además cada grupo de población, debe priorizar a sus potenciales afiliados teniendo en cuenta el siguiente orden:

- 1-Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia, que se inscriban en programas de control prenatal y posnatal.
- 2- niños menores de cinco años.
- 3- población infantil abandonada
- 4- población discapacitada
- 5- Mujeres cabeza de familia, según la definición de la legislación colombiana.

¹⁵ Acuerdo 244 de 2003 .CNSSS. Ministerio de la Protección Social

- 6-Población de la tercera edad
- 7- Población en condiciones de desplazamiento forzado
- 8- Núcleos familiares de las madres comunitarias
- 9- Desmovilizados

El listado censal de potenciales beneficiarios para la afiliación al régimen subsidiado de la población infantil abandonada será el elaborado tanto por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), como el listado censal elaborado por las alcaldías municipales.

El listado censal elaborado por las alcaldías municipales tendrá en cuenta la población infantil abandonada a cargo de otras instituciones diferentes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que tengan bajo su protección a población infantil abandonada.¹⁶

Se establece que la aplicación, la implementación, la administración y la calidad de la información de la encuesta Sisben y de los listados de los censos realizados, así como la priorización de los potenciales beneficiarios son responsabilidad del alcalde del municipio, o del distrito y cuando se trate de corregimientos será responsabilidad del gobernador de acuerdo con los parámetros definidos por el Consejo Nacional de Política Económica y Social – CONPES.¹⁶

Es responsabilidad del alcalde del Municipio o Distrito y del Gobernador cuando se refiera a corregimientos departamentales, garantizar que la base de datos de los afiliados de sus regiones tengan la información con la estructura técnica definida por el Ministerio de la Protección Social.²⁵

De igual forma estos funcionarios deben reportar las bases de datos de los potenciales beneficiarios ya priorizados de sus regiones y deben contener la información con la estructura técnica establecida por el Ministerio de la protección Social, deben remitirlas al departamento para su consolidación y posterior remisión al Ministerio de la Protección Social entre los 120 y 150 días previos al periodo de contratación, con el fin de consolidar, proteger y verificar la información, la cual debe estar disponible para cada usuario o administradora del aseguramiento que lo requiera.

La norma establece que las entidades territoriales, departamentales, municipales o distritales deben de mantener en un lugar visible al público en forma permanente y actualizada, el listado y la ubicación de las entidades que están autorizadas y cumplan los requerimientos básicos de habilitación, para que el usuario pueda seleccionar la respectiva administradora del régimen subsidiado de su región.

Las entidades territoriales a través de las direcciones de salud están obligadas a divulgar en medios de fácil acceso las listas de la población priorizada y

¹⁶ Acuerdo 304 de 2005 . CNSSS. Ministerio de la Protección Social

²⁵ Resolución 890 y 1375 de 2002. Ministerio de Salud

beneficiaria del subsidio en salud, debe comunicar a los beneficiarios del régimen subsidiado entre 90 y 120 días calendario quienes son los beneficiarios del subsidio, para que la población pueda elegir libremente una administradora del régimen subsidiado (ARS) dentro de las que opere en la región y cumpla con los requisitos de habilitación en su región.

Es obligación de las entidades territoriales a través de las direcciones departamentales, municipales o distritales de salud el convocar a los potenciales beneficiarios de los subsidios a que participen del proceso de libre elección, esto debe llevarse mediante una convocatoria pública entre los 90 y 30 días calendario antes de iniciarse un nuevo periodo de contratación o de adición por ampliación de cobertura de los contratos vigentes.

Todo este proceso de afiliación debe ser vigilado por el ente territorial y es la entidad territorial la que debe garantizar que no se presente la multiafiliación en las administradoras del aseguramiento del régimen subsidiado.

El acuerdo 244 de 2003 establece que una vez escogida la administradora del régimen subsidiado e iniciado el periodo de contratación, el afiliado no podrá revocar su voluntad de afiliación durante los próximos tres (3) años y si el potencial de beneficiarios no ha ejercido el libre derecho de elección, habiendo sido convocado dentro de los términos legales,¹⁵ pierde su condición de beneficiarios, no podrá afiliarse y debe esperar hasta el siguiente periodo de contratación dependiendo de la disponibilidad de recursos para ampliar la cobertura, es decir que si el beneficiario del subsidio no lo utiliza queda temporalmente excluido del sistema.

El Ministerio de la Protección Social es el encargado de definir el formulario único de afiliación y traslado nacional y es de obligatoria aplicación para el proceso de afiliación de todas las administradoras del aseguramiento.

El proceso de afiliación se inicia con la firma del formulario único nacional de afiliación y traslado, por parte de la cabeza del núcleo familiar o el acudiente responsable del menor de edad.

El proceso se perfecciona con la radicación del formulario por parte del afiliado y la entrega del carné definitivo por la administradora del aseguramiento, además para la ley, la respectiva afiliación adquiere vigencia a partir del primer(1) día del periodo de contratación o de la adición respectiva del contrato vigente en el régimen subsidiado.

Se establece que todo afiliado al régimen subsidiado debe identificarse con la presentación del carné de afiliación, el cual tiene que ser de uso exclusivo para el afiliado y será expedido por la Administradora del Aseguramiento al momento de su afiliación y entregado a cualquier miembro mayor de edad del núcleo familiar, también establece que el carné tendrá una vigencia indefinida mientras permanezca afiliado a la administradora del aseguramiento y caduca desde el momento que se pierda la condición de afiliado al régimen subsidiado,

¹⁵ Acuerdo 244 de 2003 .CNSSS. Ministerio de la Protección Social

por eso es necesario definir cual es la población real afiliada al subsidiado, para expedir el respectivo carné por parte de las administradoras del aseguramiento, y establecer el manejo técnico adecuado para que un mismo usuario no pueda estar afiliado en varias ARS o EPS, por lo tanto solo podrá mantener como requisito un solo carné que lo acredita como usuario del sistema¹⁵.

Todo recién nacido, hijo de afiliado al régimen subsidiado automáticamente quedara afiliado a la ARS a la que pertenezca cualquiera de sus padres.

Los padres deberán informar de la novedad a la ARS, anexando copia del certificado de nacido vivo y deben recibir el carné correspondiente, que lo acredita como beneficiario del régimen subsidiado. Los padres además cuentan con treinta (30) días calendario para aportar el registro civil de nacimiento.

La afiliación de los recién nacidos de padres no afiliados al régimen subsidiado, se debe realizar por parte de los padres o los adultos responsables de su cuidado, debe seleccionar la administradora de aseguramiento a más tardar treinta (30) días calendario, después de su nacimiento, para lo cual debe solicitar el formulario único nacional de afiliación y traslado y diligenciarlo, debe anexar copia del certificado de nacido vivo y solicitar se le entregue el carne correspondiente de afiliación.

La afiliación del recién nacido, se entenderá que rige a partir del día en que se diligencie y radique el formulario único nacional de afiliación y traslado.

La ley también prevé que la afiliación de los recién nacidos hijos de padres no afiliados al subsidiado, podrá realizarse con todo su núcleo familiar siempre y cuando la entidad territorial disponga de recursos propios o rendimientos financieros del sistema general de participaciones, para garantizar la respectiva financiación del núcleo familiar.

A partir del nacimiento del niño de padres afiliados y durante los primeros treinta(30) días calendario, el recién nacido podrá tener la calidad de afiliado con la presentación del carné de algunos de los padres afiliados o con la certificación de nacido vivo, para ello el Ministerio de la Protección Social, debe implementar un mecanismo técnico que permita identificar la afiliación del recién nacido en forma provisional por un periodo de 30 días calendario y en forma definitiva después de los treinta(30) días hasta por un periodo de 1 año.

4.5.2.1 PERIODOS DE PERMANENCIA DEL SUBSIDIADO

El periodo mínimo de permanencia de un afiliado al régimen subsidiado es de tres(3) años continuos, lo cual no permite que el usuario pueda ejercer su libre derecho a la elección de su Administradora de aseguramiento, como lo determina la Ley 100 de 1993, en el régimen contributivo la movilidad del afiliado es hasta cierto punto más permisiva porque permite el traslado del usuario a diferentes EPS a los dos(2) años.

¹⁵ Acuerdo 244 de 2003 .CNSSS. Ministerio de la Protección Social

Se establece que solo después de tres años continuos afiliado a una ARS, el afiliado al régimen subsidiado podrá manifestar su voluntad de traslado entre los 90 y 30 días antes del inicio del periodo de contratación y debe realizarlo en el formulario Unico Nacional de Afiliación y traslado, el cual es desarrollado por el Ministerio de la Protección Social, y como consecuencia la entidad territorial debe garantizar que no se genere multiafiliación al realizarse el traslado del afiliado.

Sin embargo la ley también prevé el traslado del afiliado por incumplimiento de las obligaciones de las administradoras del régimen subsidiado, para lo cual el afiliado debe hacer la solicitud de traslado ante la entidad territorial, y esta debe adelantar la investigación correspondiente en un tiempo no mayor a sesenta (60) días calendario, con el fin de aclarar si hubo incumplimiento por parte de la ARS.

Si se logra comprobar el incumplimiento, el ente territorial debe notificar la decisión de traslado tanto al afiliado como a la Administradora del Aseguramiento-ARS, por lo que a partir de la comunicación la ARS no puede solicitar el valor de la UPCs correspondiente al afiliado y a los miembros del grupo familiar tan pronto como se produzca el traslado.

El proceso de afiliación de las comunidades indígenas es muy diferente, la norma establece que las autoridades tradicionales de cada comunidad indígena seleccionará la administradora de aseguramiento del régimen subsidiado y a la cual deben afiliarse la totalidad de los miembros de la respectiva comunidad.

Si algún integrante de la comunidad escoge una ARS diferente a la elegida por la autoridad tradicional y legítima, podrá ejercer su libre derecho a elegir, pero tendrá que acogerse al POS ofrecido por la administradora escogida, aunque existe la posibilidad que la administradora ofrezca servicios de salud de acuerdo a las costumbres y tradiciones de la comunidad indígena.

Se establece que la administradora del aseguramiento debe promover actividades que divulguen en forma amplia y permanente los servicios que ofrecen, realizando especial énfasis sobre los contenidos del POSs, el régimen de cuotas moderadoras y copagos, la red de prestación de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y los mecanismos con que cuenta para garantizar una atención integral y de calidad en salud.

4.5.2.2 IDENTIFICACIÓN DE AFILIADOS AL SUBSIDIADO

Los potenciales beneficiarios y afiliados al Régimen Subsidiado se identificarán mediante Registro Civil, Certificado de nacido vivo, tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía o cédula de extranjería en los casos de residentes extranjeros y, en los casos de excepción, de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.¹⁵

¹⁵ Acuerdo 244 de 2003. CNSSS. Ministerio de la Protección Social

La Identificación para comunidades indígenas y menores de edad se hará de la siguiente manera, en el caso de las comunidades indígenas que no posean documento de identidad permanecerán en el Régimen Subsidiado siempre y cuando las autoridades tradicionales del Resguardo, parcialidad o cabildo legalmente constituidas certifiquen la existencia o permanencia de los miembros afiliados al Régimen Subsidiado de su comunidad quienes continuarán en su calidad de afiliados y por ellos se reconocerá el valor de la UPC S correspondiente.¹⁵

Para el registro individual de cada uno de ellos en las bases de datos la entidad territorial asignará el código del Departamento, código del Municipio más el indicador de población y más un consecutivo por municipio y en los municipios donde exista más de una comunidad indígena se agregará una letra que identifique el resguardo, parcialidad o cabildo al que pertenezca la población.

Los menores de dieciocho (18) años que no cuenten con documento de identidad permanecerán en el Régimen Subsidiado siempre y cuando, en su núcleo familiar, la madre o el padre posea documento de identidad; se identificarán mediante el número de identificación de la madre o el padre afiliado y un consecutivo dependiendo de su lugar en el núcleo familiar hasta tanto le sea expedido el registro civil correspondiente o sea posible definir un número único de identificación por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Cuando la autoridad municipal detecte comunidades pobres que no pudieron ser incluidas en el Régimen Subsidiado por ausencia del documento de Identidad de sus habitantes, coordinará con la respectiva regional de la Registraduría Nacional del Estado Civil la manera de lograr adelantar la identificación de esta población en forma previa a la afiliación.

Cuando una persona afiliada al régimen subsidiado fije su domicilio en un municipio diferente al que se afilió al régimen subsidiado, deberá ser atendido por la red pública del municipio al cual se trasladó, e iniciar el proceso de identificación, selección y afiliación al régimen subsidiado.¹⁵

Cuando el cambio de domicilio obedezca a desplazamiento forzoso, retorno o reubicación de la población desplazada, los afiliados serán atendidos con cargo a los recursos de la ARS a la cual se encuentren afiliados y hasta la terminación del período contractual.

4.5.2.3 REEMPLAZOS DE BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Durante la ejecución de un contrato, la Entidad Territorial podrá reemplazar los afiliados inicialmente contratados o los que se encuentren en la base de datos en las siguientes circunstancias:

1. Por el fallecimiento del beneficiario.
2. Por pérdida de la calidad de beneficiario del Régimen Subsidiado.

¹⁵ Acuerdo 244 de 2003 .CNSSS. Ministerio de la Protección Social

3. Cuando se liberen subsidios por efectos de multifiliación, a los regímenes subsidiado o contributivo o regímenes especiales.

Los afiliados subsidiados liberados serán reemplazados de acuerdo con el siguiente orden:

1. Recién nacidos de padres afiliados al régimen subsidiado.
2. Recién nacidos de padres no afiliados al régimen subsidiado niveles 1 y 2 del SISBEN.
3. Niños menores de un año no afiliados al régimen subsidiado niveles 1 y 2 del SISBEN.
4. Las demás categorías de priorizados.

En los casos de los numerales 3 y 4 la carnetización se efectuará dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la afiliación y el pago de la UPC-S se realizará de acuerdo al artículo 17 del acuerdo 244 de 2003 del CNSSS.

4.5.3 DEL REGIMEN DE EXCEPCION

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, contiene un régimen de excepción, el cual tiene una reglamentación diferente, a ese régimen pertenece las fuerza militares y de policía, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y los servidores públicos de la Empresa Colombiana de petróleos tanto pensionados como activos, a estos no se aplica el sistema de seguridad Social en Salud.

4.5.4 LOS VINCULADOS AL SISTEMA

Son vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud las personas que no tienen capacidad de pago mientras se afilian al Régimen Subsidiado.

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 éstas 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.

Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su subsistencia.

4.6 EFECTOS DE LA AFILIACION

La afiliación a la EPS o a la ARS, indican la aceptación de las condiciones que regulan el régimen contributivo o el subsidiado, por lo tanto los afiliados deben

reconocer las cuotas moderadoras y copagos que fije la CNSSS, y las EPS deben fijar las respectivas cuotas e informarlas al afiliado, y este debe cancelarlas cuando requiere la prestación de los servicios de salud

Ahora bien, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el régimen contributivo y en el subsidiado, ni puede estar afiliado en más de una entidad Promotora de Salud, sea EPS o ARS, es decir no puede tener en la misma entidad la calidad de cotizante y beneficiario o beneficiario y cotizante en la misma entidad o en diversas entidades.

Si las EPS o las ARS, mediante cruce de información o por cualquier otro medio, reconocen que una persona se encuentra afiliada en varias entidades, deberán cancelar una o varias afiliaciones, con previo aviso al afiliado, para efectuar ese proceso, las respectivas entidades deben aplicar lo siguiente:³

a. Si el afiliado cambia de EPS antes de los términos previstos por la Ley, se considera válido la última afiliación efectuada en los términos legales, las demás afiliaciones no serán válidas.

b. Si la doble afiliación obedece a un error no imputable al afiliado, quien solicitó su traslado dentro de los límites legales, se tendrá como válido la afiliación a la EPS a la cual se trasladó, y la EPS anterior deberá cancelar su afiliación.

c. Si una persona se encuentra inscrita simultáneamente en el régimen contributivo y el subsidiado, se cancelará su inscripción en el subsidiado.

d. Si un afiliado beneficiario tiene la calidad de cotizante, debe cancelarse inmediatamente la afiliación como beneficiario y la persona debe cubrir los gastos en que haya incurrido la EPS por los servicios prestados.

Estos recursos serán girados al Fosyga, a la subcuenta de solidaridad, y el afiliado debe ser notificado de la decisión por parte de la EPS.

4.6.1 FORMAS DE AFILIACIÓN AL SISTEMA

La ley 100 de 1993, establece que la afiliación a cualquiera de las Entidades Promotoras de Salud podrá ser individual o colectiva y ambas afiliaciones deben hacerse por libre elección del afiliado.

La afiliación individual es la forma de afiliación que cubre a un sólo grupo familiar o a una sola persona cuando esta carezca de cónyuge o compañero o compañera permanente, hijos o padres con derecho a ser inscritos.

La afiliación colectiva es aquella que se realiza a través de agremiaciones o asociaciones que agrupen diferentes afiliados con nexos comunes o por asentamientos geográficos.

³ Decreto 806 de 1998 . Ministerio de Salud. República de Colombia

En todo caso el afiliado será responsable por el pago de sus cotizaciones, y podrá cambiar de Entidad Promotora de Salud, de manera individual, aunque la selección inicial se haya efectuado a través de una asociación.

Las cooperativas o mutuales podrán vincular masivamente a sus asociados a una Entidad Promotora de Salud-E.P.S. siempre y cuando obtenga autorización de la Superintendencia Nacional de Salud y estén sujetas a unas normas:³

1. Deberán tener personería jurídica.
2. Debe tratarse de entidades sin ánimo de lucro o de entidades de naturaleza cooperativa o mutual a las cuales se encuentre en forma efectiva afiliado o asociado el trabajador independiente. La naturaleza de trabajador independiente no se modifica por el hecho de estar afiliado al sistema a través de una de estas entidades.
3. Las entidades cooperativas o mutuales no podrán ser delegatarias del derecho a la libre elección que se encuentra radicado en la persona cotizante. En este sentido, su objeto se restringe a la coordinación de los trabajadores a efecto de que puedan potencializar una elección frente a las mejores opciones que existan, para efecto de la afiliación y del pago de aportes de los trabajadores independientes cooperados o asociados.
4. Deberán inscribirse ante la respectiva entidad promotora de salud.
5. Deberán adelantar directamente todos los trámites formales de la afiliación, dejando de presente en el formulario de cada uno de los afiliados que se actúa por conducto de una cooperativa o mutual autorizada.

La normatividad permite la afiliación colectiva pero también aclara que se le cancelará a la entidad encargada de la afiliación colectiva la autorización para efectuar dicha afiliación, cuando se determine que estas entidades están promoviendo o tolerando la evasión o elusión de aportes al Sistema o cuando coarte la libertad de elección.

También establece que las cooperativas o mutuales podrán realizar la labor de recaudo, recepción de aportes y/o el manejo de la información de sus asociados afiliados al sistema siempre y cuando se ajusten a los requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud y sean autorizadas para tales efectos por las Entidades Promotoras de Salud correspondientes, de conformidad con lo establecido en el artículo 287 de la ley 100 de 1993.

En ningún caso las cooperativas o agremiaciones podrán cobrar suma alguna al afiliado por esta labor.

Se aclara que las Entidades Promotoras de Salud responderán por el recaudo de estos recursos.

³ Decreto 806 de 1998 . Ministerio de Salud. República de Colombia

4.6.2 TRASLADO DE REGIMEN DE LOS AFILIADOS

El afiliado que ingrese al régimen contributivo con posterioridad a su afiliación al régimen subsidiado, deberá informar a la entidad territorial en un plazo máximo de quince (15) días para que esta proceda a suspender su afiliación y la de su grupo familiar. Dicha suspensión se mantendrá hasta por un (1) año.¹⁶

Dentro de este término la afiliación al Régimen Subsidiado del beneficiario y su grupo familiar podrá activarse nuevamente siempre y cuando cumpla los siguientes requisitos:¹⁶

- a. Hubiera reportado por escrito a la entidad territorial su traslado de régimen subsidiado a régimen contributivo en el término previsto por la legislación.
- b. Que informe a la entidad territorial la pérdida del vínculo laboral que dio lugar a su afiliación al régimen contributivo y su intención de afiliarse nuevamente al Régimen Subsidiado.
- c. Que el afiliado siga manteniendo los criterios vigentes para pertenecer al régimen subsidiado.

La activación al régimen subsidiado será efectiva a partir del mes inmediatamente siguiente a aquel en que se presente la solicitud de activación.

La Entidad Territorial deberá informar a todos los afiliados del Régimen Subsidiado el procedimiento que deberán seguir cuando se encuentren en esta situación. Igualmente informará a la ARS los afiliados a los cuales se le suspenderá la afiliación dentro de los quince (15) días siguientes al reporte de traslado de régimen. Durante el tiempo de la suspensión de la afiliación no se reconocerá UPC-S a la ARS. Durante el período de suspensión la entidad territorial no podrá disponer de los recursos destinados a la afiliación de la población que se encuentra en esta situación.

Si transcurrido un (1) año la persona continúa afiliada al Régimen Contributivo, se cancelará su afiliación y la de su grupo familiar. Los cupos liberados por este concepto se utilizarán para afiliar al Régimen Subsidiado a la población que cumpla con los requisitos definidos para este régimen.

La entidad territorial tendrá la obligación de retirar a aquellos afiliados que no informaron y que aparecen doblemente reportados para el mismo mes en la base de datos tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado.

A los afiliados al régimen contributivo que a la fecha de expedición del Acuerdo 304 de 2005, hubieren informado a la entidad territorial su afiliación al Régimen Contributivo, se le aplicara lo dispuesto en el acuerdo 304 de 2005 y además la entidad territorial deberá responder al afiliado dentro de los diez (10) días

¹⁶ Acuerdo 304 de 2005. Ministerio de la Protección Social

hábiles siguientes a la presentación de la solicitud de activación, previa verificación de la condición de afiliado en la Base de Datos.

A diciembre de 2005 se consideraba que existían 15.399.000 colombianos afiliados al régimen contributivo y 18.650.000 al régimen subsidiado. Con esta modificación se espera que un buen número de colombianos que están trabajando actualmente, pero siguen afiliados al régimen subsidiado, se trasladen al régimen contributivo en los próximos meses, lo cual además contribuirá a aumentar la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud²¹, así sea de manera parcial.

4.6.3 EFECTOS DE LA AFILIACIÓN MÚLTIPLE.

Cuando se presente múltiple afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Cuando la Entidad Territorial detecte un formulario de afiliación al régimen subsidiado de una persona que esté afiliada y compensada al régimen contributivo, con anterioridad a la suscripción de los contratos de régimen subsidiado, cancelará dicho formulario, y le enviará comunicación al afiliado dentro de los treinta (30) días calendario siguientes, indicándole la imposibilidad de afiliarse al régimen subsidiado.

2. Cuando la entidad territorial detecte múltiples afiliaciones a los regímenes contributivo y subsidiado, sin que haya existido previo aviso del afiliado, durante la ejecución de los contratos de aseguramiento, ordenará la exclusión de los afiliados mediante acto administrativo motivado, expedido por la entidad territorial, contra el cual procederán los recursos establecidos en el Código Contencioso Administrativo. Una vez el acto administrativo quede en firme se notificará a las administradoras de régimen subsidiado la cancelación de la afiliación incluyendo el grupo familiar.

A partir del momento en que se notifique esta orden a las Administradoras del Régimen Subsidiado no se reconocerá Unidad de pago por Capitación por dichas personas.

En el evento en que la Entidad Territorial detecte dentro de la base de datos de una ARS que existe una persona con afiliaciones múltiples, deberá dejar una sola afiliación y eliminará en forma inmediata las demás, sin necesidad de comunicarlo al afiliado.

De este procedimiento se notifica a la Administradoras del Aseguramiento - ARS, la cual debe hacer la devolución de las respectivas UPC-S recibidas en exceso con los intereses moratorios equivalentes a la tasa de interés moratoria establecida para los impuestos administrados por la DIAN, dentro de los 10 días calendario siguientes a la notificación, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar. De igual manera la Entidad Territorial notificara de la irregularidad a los organismos de vigilancia y control del sistema.

²¹ Datos del Ministerio de la Protección Social. República de Colombia

En el evento en que se detecte multifiliación entre distintas Administradoras del Aseguramiento – ARS, si la Entidad Territorial descubre esta novedad en la base de datos posterior al inicio de la contratación, esta debe escoger la ARS a la cual quedará afiliado el usuario, quien por haber generado la multifiliación perderá el derecho a elegir.

De este procedimiento notificará a la ARS y al afiliado dentro de los 10 días calendario siguientes a la identificación de la multifiliación. La UPC-Subsidiada no se pagará a partir de la fecha de notificación a la ARS.

Cuando el Ministerio de la Protección Social detecte múltiples afiliaciones al Régimen Subsidiado en diferentes entidades territoriales, notificará a las entidades territoriales los casos de multifiliación encontrados.

La afiliación válida será la que corresponda al lugar en el que fue aplicada la encuesta SISBEN ó el listado censal, mas reciente. La UPC-S no se pagará a partir de la fecha de notificación.

El Ministerio de la Protección Social define el mecanismo para la notificación al afiliado y la depuración de la multifiliación en estos casos.

Cuando la ARS no efectúe la devolución de las UPC-S en el caso en que se detecte múltiple afiliación en la misma ARS, dentro de un plazo no mayor a diez (10) días calendario contados a partir de la notificación correspondiente, la Entidad Territorial descontará este valor de los pagos futuros.

El Ministerio de la Protección Social, las Entidades Territoriales, las Administradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo y los usuarios son responsables por la inobservancia de los procedimientos de afiliación, cuando den como resultado situaciones de multifiliación.

La Superintendencia Nacional de Salud, adelanta las investigaciones correspondientes con miras a determinar eventuales responsabilidades de las Entidades Territoriales por no efectuar el correspondiente cruce de las bases de datos de su jurisdicción, de las Administradoras del Aseguramiento por acciones que promuevan la múltiple afiliación, o de los usuarios por el suministro de información falsa.

Las EPS son responsables de la información remitida al Ministerio de la Protección Social en relación con sus afiliados al Régimen Contributivo.

5. ESTUDIO DE CASO DE LA AFILIACIÓN EN BOGOTA, D.C

La demanda de aseguramiento en salud se encuentra determinada por variables propias de cada región como son: el tamaño y crecimiento de la población, las características socioeconómicas como el empleo, la actividad económica y, en el caso del régimen subsidiado, del monto de los recursos asignados para este efecto.

El total de población para Bogotá al año 2002 fue de 6.767.094 habitantes, distribuidos por grupo etáreo de la siguiente manera: 2% menores de 1 año, 8% de 1 a 4 años, el 18% de 4 a 14, el 52% de 15 a 44 años, el 13% de 45 a 59 años y el 7% de 60 y más.(tabla 2) Partiendo de esta situación poblacional se realizan las proyecciones con tasas de crecimiento del 2001 al 2005 de 2.26% y del 2006 al 2010 de 2.01%.³⁹

TABLA 2
POBLACIÓN DE BOGOTÁ, D.C. POR SEXO Y GRUPOS ETÁREOS

Grupo de edad	2000		2001		2002		2003	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
< 1	75.424	72.817	77.129	74.463	78.872	76.146	80.654	77.866
1 - 4	278.696	270.036	284.995	276.139	291.435	282.380	298.022	288.761
5 - 14	576.201	568.381	589.223	581.226	602.540	594.362	616.157	607.795
15 - 44	1.565.425	1.787.737	1.600.804	1.828.140	1.636.982	1.869.456	1.673.978	1.911.706
45 - 59	392.840	455.387	401.718	465.679	410.797	476.203	420.081	486.965
60 y más	179.523	248.820	183.580	254.443	187.729	260.194	191.972	266.074
	3.068.109	3.403.178	3.137.448	3.480.090	3.208.355	3.558.740	3.280.863	3.639.167
TOTAL	6.471.287		6.617.538		6.767.094,45		6.920.030,78	

Fuente: Departamento de Planeación Distrital

La población de Bogotá, se caracteriza por presentar los mayores niveles de calificación de la población económicamente activa del país, así como las más altas tasas de escolaridad y grado de calificación.

La ciudad posee la cobertura más alta en el ámbito nacional en cuanto a seguridad social y el mayor nivel de participación de la mujer en el mercado laboral. Adicionalmente, en la ciudad se concentra el 50% del empleo de las siete ciudades más importantes del país.

Los sectores económicos que emplean más mano de obra son: servicios con el 32.7%, comercio, industria y servicios financieros con participaciones del 24.6%, 17% y 11.3% respectivamente.²⁴

5.1 ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS DE LA SDS , REALIZADO POR LA CONTRALORÍA DE BOGOTA

De la población total de Bogotá, el cubrimiento para el aseguramiento al sistema General de Seguridad Social en Salud se compone de 18.36% para régimen subsidiado, 61,99% para régimen contributivo 0.49% para regímenes especiales, esto indica un nivel de aseguramiento de 80,83% para Bogotá al año 2001, como lo muestra el la tabla 3:

³⁹ Datos del Departamento de Planeación Distrital

²⁴ Bogota en cifras. Documento de la pagina alcaldiabogotá.gov.co

TABLA 3
COBERTURA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
EN BOGOTÁ AÑO 2001

Régimen	2001	%
Contributivo	4,102,190	61.99%
Subsidiado	1,214,706.	18.36%
R Especiales	32,356.	0.4 9%
Vinculados	1,268,285.	19.17%
Total	6,617,538.09	100%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud en Bogotá

La Contraloría de Bogotá en ejercicio de sus funciones de auditoría, solicito a la SDS la base de datos del régimen subsidiado de la respectiva vigencia, y al realizar el análisis de sus datos, encontró que existen deficiencias en la identificación de la población meritoria de subsidios a la demanda y por tanto en el proceso de carnetización de los usuarios del régimen subsidiado; así por ejemplo, en la Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral, durante la evaluación a la base de datos del Régimen Subsidiado²⁸, se evidenció que aproximadamente en el 17% de los casos la información contenida en la base de datos que maneja la Secretaría Distrital de Salud no coincide con la información de las fichas del Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios –SISBEN.

Adicionalmente, la auditoría confirmó que la multifiliación es un fenómeno que afecta de manera contundente al régimen subsidiado de la Capital; y de otro parte se pudo constatar que hay más de 4.000 usuarios con duplicidad al interior del mismo régimen subsidiado¹²; de los cuales alrededor de 130 pertenecían a contratos ya liquidados por el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) y más de 3.800 a contratos que aún están sin liquidar; lo que se traduce en un deterioro aproximado de 622 millones de pesos, calculados con la UPC vigente durante el 2002, recursos que bien podrían haber sido aprovechados para garantizar el subsidio a la demanda de la población que tuvo acceso a estos beneficios.

También el estudio detecto 2000 casos de multifiliación de personas que recibiendo el subsidio a la demanda se encuentran afiliados a una EPS es decir, que tienen capacidad de pago y por tanto son contribuyentes al SGSSS, todo ello producto de no contar con una base de datos confiable que permita identificar con seguridad a la población afiliada a los diferentes regímenes del Sistema.

Así mismo, mediante la Auditoría se confirmó el hecho de que la elusión y la evasión son fenómenos que tienen una gran relevancia en la capital, al punto de ser uno de los factores que más perjudica el otorgamiento de subsidios de demanda a la población meritoria de los mismos(Gráfico N 1); luego la Contraloría Distrital, como Ente de Control de la Salud, comprobó en una

²⁸ Auditoría Gubernamental con enfoque integral, modalidad especial de base de datos, segunda fase del plan anual de auditoría Distrital PAD 2002-2003. Contraloría Distrital de Bogotá

muestra de 200 personas que más del 92% de los beneficiarios de subsidios aportaron a una Aseguradora de Riesgos Profesionales, de similar manera, se confirmó que aproximadamente el 88% de subsidiados cotizan a una administradora de fondo de pensiones – AFP -, es decir que tienen capacidad de pago por tanto deberían ser contribuyentes al Sistema²⁸.

Ante la evaluación de la base de datos de la Secretaria Distrital de Salud, SDS, la Contraloría de Bogotá, solicito a la Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social del Ministerio de Hacienda, suministrara el resultado del cruce de datos entre el Régimen Subsidiado de Bogotá con el Registró Único de Aportantes, - RUA, las Administradoras de Fondos de Pensiones y las Administradoras de Riesgos Profesionales; y se encontró los siguientes resultados, los cuales se especifican en la tabla 4 y 5:

**TABLA No 4
EVASION DEL SISTEMA DE SALUD EN BOGOTÁ**

CLASE DE EVASIÓN	# DE EVASORES
EN ARS Y EN ARP	1557
EN ARS Y EN AFP	1055
TOTAL	2612

Fuente: Ministerio de Hacienda. Informe Auditoría Gubernamental Con enfoque integral modalidad especial "evaluación a las Bases de datos del Régimen Subsidiado".

**TABLA No 5
MULTIAFILIACION CON EL REGIMEN CONTRIBUTIVO**

CLASE	# DE MULTIAFILIADOS
EN ARS Y EN EPS	2025
EN ARS Y BENEFIC. EN EPS	1077
TOTAL	3102

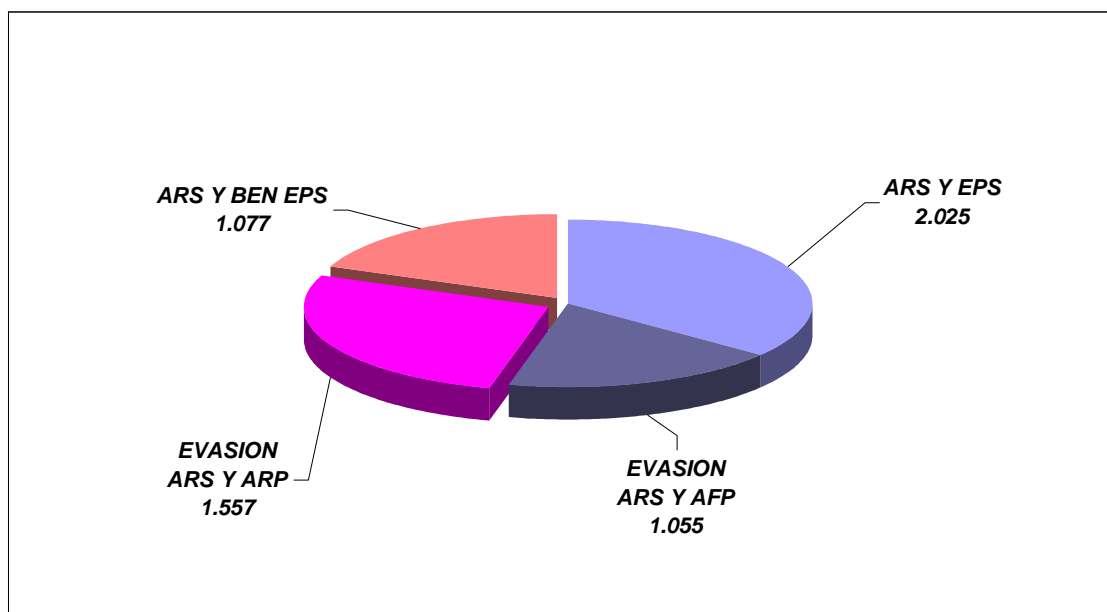
Fuente: Ministerio de Hacienda

Los anteriores resultados indican que 2.612 beneficiarios del Régimen Subsidiado en el Distrito Capital, se encuentran afiliados a Fondos Privados de Pensiones y/o afiliados a una Administradoras de Riesgos Profesionales (EVASION) y 3102 beneficiarios del Régimen Subsidiado se encuentran al tiempo afiliados a una EPS y/o figuran como beneficiarios en una EPS.

Cualquiera de estas condiciones le indica a la Contraloría, que son usuarios que tienen capacidad de pago, que están recibiendo subsidios en salud a los que no tienen derecho y que le están impidiendo su adecuada asignación a la población pobre y vulnerable del Distrito. Las falencias en la gestión del Distrito y de las demás regiones del país, en la depuración de la Base de Datos del Régimen Subsidiado, están generando inequidades en la asignación de subsidios en salud y está generando un costo adicional al Sistema de Salud.

²⁸ Auditoria Gubernamental con enfoque integral, modalidad especial de base de datos, segunda fase del plan anual de auditoria Distrital PAD 2002-2003. Contraloría Distrital de Bogotá

GRAFICO 1 EVASION Y ELUSION EN SALUD EN BOGOTA



Fuente: Informe Auditoría Gubernamental Con enfoque integral modalidad especial "evaluación a las Bases de datos del Régimen Subsidiado" Contraloría de Bogotá.

El artículo 5° del Acuerdo 131 de abril de 1996 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud responsabiliza a los entes territoriales por la depuración de la base de datos del Régimen Subsidiado de Salud.

De igual forma la Ley 87 de 1993 en sus artículos 2 y 12 establece el deber de implantar y verificar los procesos para la protección de los recursos.

Por lo tanto la Contraloría comunico sus hallazgos a la Secretara Distrital de Salud- SDS, le indico mediante comunicado escrito las irregularidades que se presentan en la depuración de sus base de datos, encontrando que la Secretaria en el momento ha contratado con entidades externas la verificación de los datos reportadas por las ARS, y no ha podido realizar en forma directa la respectiva verificación y depuración de los mismos.

En el análisis de la Contraloría, se pudo constatar que aún no se ha podido depurar la base de datos debido a un deficiente sistema de información, lo que se puede corroborar al solicitar personalmente a la dirección de aseguramiento los datos de la vigencia del 2001 al 2004.

Fue necesario recurrir a diferentes fuentes para tratar de recopilar la información necesaria de los afiliados registrados por las ARS en las diversas etapas de contratación en los respectivos años, realizando un estudio detallado de la vigencia del 2001 al 2002, que son los datos que ha logrado reestructurar el Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia.

Solo se pudo recoger la información referente al régimen subsidiado, en forma parcial por parte de la SDS y de manera detallada por parte de la Contraloría

Distrital y el CID, entidades públicas que colaboraron con los datos necesarios para el análisis del respectivo estudio.

El análisis de la base de datos del Régimen Subsidiado de Bogotá, para el periodo comprendido entre Abril de 2001 a mayo de 2002, suministrada por la Secretaría de Salud mediante oficio No. 91583 del 25 de noviembre de 2002 a la Contraloría de Bogotá, sugiere que existen 7.896 beneficiarios con multifiliación y duplicidad, tanto dentro de las mismas ARS como entre diferentes ARS, que corresponde al 6% frente al total de afiliados al régimen subsidiado para el año 2002 para Bogotá, que fue de 1.286.010 según datos de la división de aseguramiento del Ministerio de la Protección Social .

Para verificar estas multifiliaciones se tomaron como variables el nombre, apellidos, documento de identidad y fecha de nacimiento.

Las 7.896 multifiliaciones o duplicidades se dieron por correspondencia idéntica de todas las variables cruzadas, que en algunos casos corresponden a un mismo usuario que aparece hasta 3 veces en la misma base de datos, según datos de la Contraloría Distrital.

De los 7.896 registros de beneficiarios con duplicidad, 3.948 corresponden a usuarios que aparecen registrados más de una vez en la Base de Datos del Régimen Subsidiado suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, que se depuraron al cruzar los datos con la base de datos de otras entidades del Estado.

Los resultados del análisis se pueden visualizar en la tabla N 6:

**TABLA No 6
DISTRIBUCIÓN DE REGISTROS MÚLTIPLES POR ARS**

No.	ARS	TOTAL MULTIAFIADOS	
1	COOMEVA	296	3.7%
2	CAFAM	345	4.3%
3	UNIMEC	61	0.7%
4	ASFAMILIAS	1307	16.5%
5	HUMANAVIVIR	1397	17.7%
6	CAPRECOM	288	3.6%
7	CAFESALUD	212	2.6%
8	LOTEROS	106	1.3%
9	SALUDTOTAL	1036	13.1%
10	CAJASALUD	1172	14.8%
11	ECOOPSOS	283	3.6%
12	COOPDESA	68	0.8%
13	SOLSALUD	317	4.0%
14	CONFENALCO	704	9.0%
15	MUTUAL SER	290	3.6%
16	COOPSALUD	6	0.07%
17	SALUDVIDA	2	0.02%
18	PIJAOS	6	0.07%
	TOTAL	7896	100%

Fuente: Contraloría de Bogotá D.C. Dirección de Salud y Bienestar Social.

Para realizar el análisis y verificación de los datos contenidos en la base de Datos del Régimen Subsidiado de Salud administrada por la Secretaría de Salud Distrital, la Contraloría Distrital en la dirección de Salud realizó entre otros los siguientes requerimientos:

- A la Secretaría Distrital de Salud: La Base de Datos del Régimen Subsidiado en Salud correspondiente al período de contratación de Abril 1 de 2001 a Mayo 31 de 2002.
- Al Departamento Administrativo de Planeación Distrital: La Base de Datos del SISBEN.
- Al Ministerio de Salud: El resultado del cruce de las Bases de Datos del Régimen Subsidiado Nacional, con la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.
- Al Ministerio de Hacienda: El resultado del cruce de la base de datos del Régimen Subsidiado del Distrito Capital con respecto al Régimen Contributivo Nacional, Fondos Privados de Pensiones(AFP) y Administradores de Riesgos Profesionales(ARP).

Para verificar estos resultados la Contraloría Distrital circularizó a las ARS, solicitando la certificación de afiliación y carnetización para constatar la multifiliación, de las cuales solo reportaron sus datos ocho (8) ARS.

Estas 8 Administradoras del Aseguramiento- ARS, en análisis previo realizado por la Contraloría reportaba un total de 4432 multifiliaciones y al realizar el cruce de datos con la base de datos del Ministerio de la Protección Social y la base de datos del Ministerio de Hacienda .

Se pudo verificar que la depuración de los datos confirmaba en un 98% los datos previos de la multifiliación, se comprobó que existía una mutiafiliación total de 4360 personas, tal como se muestra en la tabla 7, de igual forma solicitó a las ARS, EPS, AFP y ARP correspondientes, la certificación de la afiliación de los usuarios reportados, y/o cobro de UPC y/ o aportes de estos beneficiarios, datos que se observan en el la tabla N 8 y 9.

Tabla No 7
CUADRO DE VERIFICACION DE MULTIAFILACION EN ARS

Nº	ARS	#	#	%
		MULTIAFIL.	CONFIRMADOS	
1	UNIMEC	61	61	100
2	HUMANAVIVIR	1397	1325	95
3	SALUDTOTAL	1037	1037	100
4	ECOOPSOS	284	284	100
5	SOLSALUD	317	316	99
6	COMFENALCO	704	704	100
7	MUTUAL SER	291	291	100
8	CAFAM	345	342	99
	TOTAL	4432	4360	98

FUENTE: Contraloría de Bogotá D.C. Dirección Técnica de Salud y Bienestar Social

TABLA No. 8
CUADRO DE VERIFICACION DE MULTIAFILACION EN ARP

No	ARS	# MULTIAFIL	# CONFIRMADOS	%
1	A.V. COLSEGUROS	Nº	26	100
2	AGRICOLA DE SEGUROS	20	20	100
3	COLPATRIA	46	42	91
4	LIBERTY SEGUROS	21	10	47
5	SURATEP	86	86	100
	TOTAL	199	184	92

FUENTE: Contraloría de Bogotá D.C. Dirección Técnica de Salud y Bienestar Social

El análisis de las tablas N 8 y 9 respecto a la verificación de las multiafilaciones, indica en promedio un porcentaje de confirmación de los multiafilados del 93%; todas las entidades que respondieron a la solicitud realizada por la Dirección de Salud y Bienestar Social de la Contraloría de Bogotá, confirmaron la afiliación de los beneficiarios relacionados en cada una de las comunicaciones hechas por esa entidad de Control.

TABLA No 9
CUADRO DE VERIFICACION DE MULTIAFILACION EN EPS

Nº	ARS	# MULTIAFIL.	# CONFIRMADOS	%
1	COLMENA	17	16	94
2	COMPENSAR	83	61	73
3	COOMEVA	20	20	100
4	CRUZ BLANCA	1726	1680	97
5	SUSALUD	18	12	66
6	HUMAN VIVIR	25	25	100
7	SALUD TOTAL	85	85	100
8	SANITAS	26	20	76
	TOTAL	2000	1919	95

FUENTE: Contraloría de Bogotá D.C. Dirección Técnica de Salud y Bienestar Social

Al verificar los datos encontrados en la depuración de los datos con la Registraduría Nacional del Estado Civil, se confirmó las irregularidades, quien envió archivo magnético y mediante oficio No. 3493 DNI – GN del 27 de marzo de 2003 confirmó las falencias en los datos de la SDS, es decir que existían 112.844 personas afiliadas al régimen subsidiado durante la vigencia del 2001 al 2002, que sus condiciones no le permiten el beneficio de ser afiliado al régimen subsidiado, lo que podría ocasionar un detrimento patrimonial para esa vigencia de \$ 17.549.498.880 pesos sino se logra depurar los datos por parte del ente territorial.

También se constató en la Contraloría que existían copias de documentos notariales de actas de defunción de beneficiarios del régimen subsidiado fallecidos en la ciudad de Bogotá, que están carnetizados con posterioridad a la fecha de fallecimiento y que aparecen registrados como afiliados en varias ARS.

Para complementar la información, la Contraloría de Bogotá, como organismo de control del Distrito, solicitó al Ministerio de Salud, el reporte del resultado del cruce de la Base de datos del Régimen subsidiado Nacional frente a la Base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, se demuestra que existen para el periodo comprendido entre abril del 2001 y mayo del 2002 un total de 143.753 personas que no deberían estar registradas como afiliados del régimen subsidiado en la ciudad de Bogotá D.C. (tabla N. 10).

De ellos se confirmó la existencia de 107.599 documentos de identidad inexistentes y 5.245 beneficiarios activos y carnetizados que ya habían fallecido, de los cuales 3.065 fallecieron antes de enero del 2001 y aparecen como beneficiarios en el Régimen Subsidiado de Salud de Bogotá D.C.

TABLA No 10
CRUCE DE LA BASE DE DATOS DE REGIMEN SUBSIDIADO DE LA SDS
CON LA REGISTRADURIA NACIONAL VIGENCIA 2001-2002

ESTADO	NUMERO DE CIUDADANOS
Beneficiarios con documento de identidad inexistente.	129.746
Beneficiarios con cédulas de personas fallecidas	13.764
Beneficiarios con cédulas canceladas	150
Beneficiarios con doble identificación	93
TOTAL	143.753

FUENTE: Ministerio de Salud

En desarrollo de la Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2004, luego de verificada la base datos del Régimen Subsidiado de Salud del Periodo 2002 – 2003, suministrada por la Secretaria Distrital de Salud, Dirección de Aseguramiento, mediante oficio con radicado N° 13704 del 18 de febrero de 2005, se estableció la existencia de 3497 beneficiarios multiafiliados, tanto dentro de la misma ARS, como entre diferentes ARS.

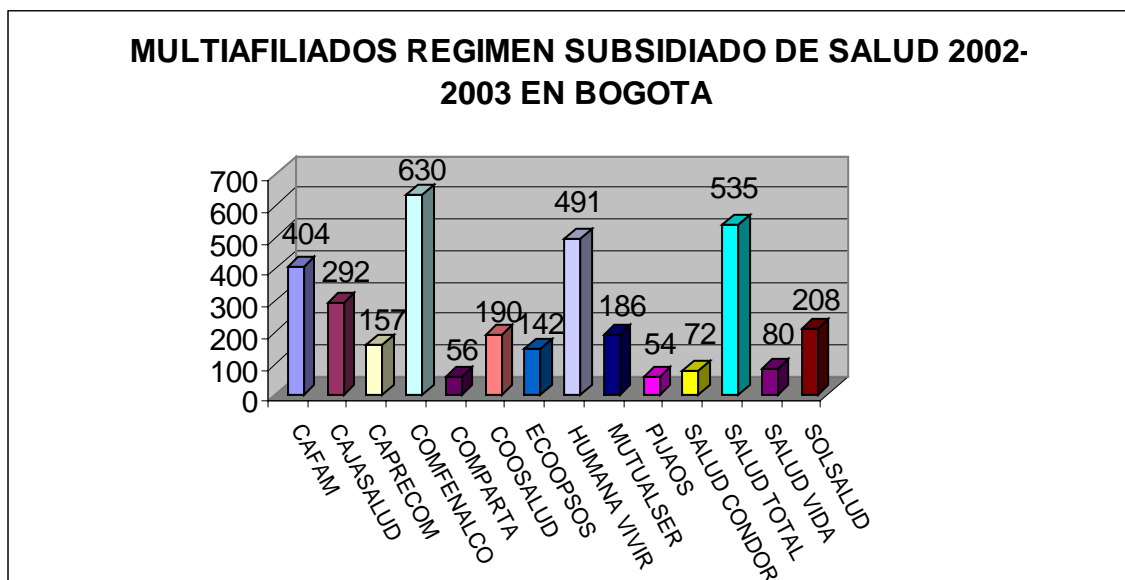
Para la verificación de estas multiafiliaciones se tomaron como parámetros de verificación por parte de la Contraloría los siguientes campos: Numero de documento de identificación, el primer Apellido, segundo apellido, primer nombre, segundo nombre y la fecha de nacimiento.

De los 3497 registros de beneficiarios con multiafiliación, se encontró que de ellos existían 1749 beneficiarios que aparecen más de una vez en la Base de datos del Régimen Subsidiado de Salud suministrada por la Secretaria Distrital de Salud.(Gráfico 2)

Tomando en cuenta que de la contratación de Junio a marzo son 11 meses y la contratación de octubre a marzo son 7 meses y además que la UPC del 2002 es de \$168.000, es evidente que al igual que en la vigencia del periodo 2001-2002 existe una base de datos de afiliados en la SDS que tiene grandes inconsistencias y que necesita ser depurada.

Esta depuración se debe realizar antes de cancelar el valor de la UPC a cada administradora del aseguramiento en el régimen subsidiado- ARS, porque estas multifiliaciones al momento de la liquidación de los contratos(3497), pueden causar una pérdida de recursos al Distrito y por ende al Sistema por valor de \$ 587.496.000 .

GRAFICO No. 2



Fuente: Base de datos Régimen Subsidiado en Salud 2002-2003. Dirección de aseguramiento. Secretaria Distrital de Salud- SDS

Entre los problemas detectados en la afiliación al contributivo por la Contraloría Distrital, tenemos:²⁸

1. La crisis económica que ha atravesado el País, la cual no ha sido ajena al sector salud, esto contribuye a disminuir la capacidad de pago de los cotizantes y así mismo el grupo poblacional que integra el régimen contributivo, incrementado el número de personas subempleadas, o con empleos informales, las cuales por lo general no cotizan de manera formal frente a alguna Administradora del Aseguramiento (EPS).

Los Contratistas vinculados por prestación de servicios no cumplen con su responsabilidad de contribuir con el régimen y si lo hacen, su monto de aporte esta por debajo del que correspondería por su salario base de cotización, lo que permite la evasión y elusión del Sistema de Salud.

2. Los trámites de afiliación al régimen contributivo, algunas veces son engorrosos, o se dificultan por las trabas administrativas de las aseguradoras, lo que promueve la no afiliación voluntaria al sistema.

²⁸ Auditoria Gubernamental con enfoque integral, modalidad especial de base de datos, segunda fase del plan anual de auditoria Distrital PAD 2002-2003. Contraloría Distrital de Bogotá

3. El desconocimiento de los derechos y deberes por parte de los usuarios del SGSSS, por eso el respectivo trabajo propone la consolidación de una base de datos única de afiliados tanto rural como urbana al Sistema, para exigir un mejor funcionamiento del sistema.

4. La carencia de un sistema de información, estandarizado y al cual tengan acceso todas las EPS que prestan el servicio así como los empleadores y los empleados o trabajador independiente, lo que contribuye a que el SGSSS reconozca a las EPS la unidad de pago por capitación de afiliaciones doble, así como de personas que se registran en ambos regímenes, tanto al subsidiado como al contributivo.(multiafiliaciones)

5. La falta de control de las entidades encargadas de la vigilancia e inspección, en parte debido a no tener una base de datos única nacional de afiliados confiable, que permite el reconocer el valor de la UPC del régimen contributivo, como del subsidiado a las Administradoras del Aseguramiento por personas que ya han fallecido, por eso es necesario implementar una registro único nacional de afiliados para controlar estas anomalías.

6. Debilidad en el control social e institucional a la evasión y elusión del régimen contributivo, por ello se intenta promover la creación de la tarjeta del registro único nacional de afiliación en red

7. Desconocimiento de la normatividad por parte de los actores, en especial de los usuarios y de los empleadores.

8. Falta de eficiencia del RUA; lo que se traduce en que los cruces de información realizados por el órgano de administración de este sistema no sean lo suficientemente eficaces en la identificación de evasores, para ello se propone la creación de un registro único nacional de afiliados que permita el cruce de información con el RUA y la Registraduría Nacional del Estado Civil.

9. La gran cantidad de tareas que tiene concentrada la Superintendencia Nacional de Salud en contraste con los recursos que ella maneja; y que no le permiten asumir de manera eficiente el control de las Administradoras del Aseguramiento y la calidad de los servicios que prestan a los afiliados al régimen contributivo, ni tampoco asumir acciones más eficientes para la eliminación de los fenómenos de evasión y elusión al sistema.

Vale la pena mencionar que las actividades que el Estado desarrolla para el incremento de las afiliaciones al régimen contributivo son mínimas; pues este subsistema es prácticamente manejado por entidades privadas.

5.2 RECONSTRUCCIÓN BASE DE DATOS DE LA VIGENCIA 2001-2002 DEL CID- UNIVERSIDAD NACIONAL

La Secretaría Distrital de Salud –SDS-a través del Contrato Interadministrativo 128 de 2004, pactó con el Centro de Investigaciones para el Desarrollo –CID- de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, un proceso de depuración de las bases de datos de la contratación

del régimen subsidiado para las vigencias 2001, 2002 y 2003, en este periodo se intento la depuración de procedimientos y base de datos incremental del régimen subsidiado del Distrito, sin el objetivo de desarrollar una evaluación y reconstrucción de un sistema de información.

Igualmente el CID no realizo un proceso de interventoría a los contratos, ni un proceso de liquidación de los mismos. Sus objetivos se enfocaron a realizar un análisis técnico de la calidad de los datos para determinar los procedimientos y acciones necesarias en la reconstrucción de las bases de datos, no una depuración como asegura la SDS, lo que se realizo fue una reconstrucción de la base de datos con los datos aportados por la SDS.

Las decisiones relacionadas con los procesos de liquidación son exclusivas de la Secretaría y las ARS con las cuales contrató. Estas bases de datos constituyeron el referente para la liquidación de los contratos de las vigencias respectivas por parte de la Secretaría y las ARS.²³

Luego lo que desarrollo El CID, fue un análisis de las bases de datos existentes en la Secretaría Distrital de Salud para los contratos comprendidos entre el período abril 1 de 2001 – septiembre 30 de 2002, en cuanto a contenido, estructura y calidad de los datos, y no se pudo realizar el análisis de los datos de la vigencia 2002-2003 porque se encontró que el CID esta en la última etapa del proceso de reconstrucción de la base de datos de ese período.

Del trabajo conjunto con la Secretaría se concluyó que los datos eran inconsistentes y en su momento, la Universidad recomendó a la Secretaría no utilizarlos como soporte para la liquidación de los contratos suscritos entre la Secretaría y las ARS debido al riesgo de detrimento patrimonial que se puede llegar a generar al asumirse pagos de subsidios a población no merecedora o en momentos temporales que la marginaban.

Para el reprocesamiento de la base de datos de la vigencia 2001y 2002, la Universidad propuso a la Secretaría una metodología de trabajo para la reconstrucción de la base de datos necesaria en el proceso de liquidación de los contratos calculando el nivel de confiabilidad, a través de las siguientes fases:

- 1) Reconstrucción institucional y contractual
- 2) Reconstrucción técnica de las bases de datos
- 3) Aplicación del modelo de auditoria

Una vez se estandarizaron las bases de datos recopiladas en el proceso de levantamiento de información para la vigencia 2001y 2002, se procesaron los datos sobre un modelo relacional, en donde se identificaron dos grupos de afiliados²³.

²³ Resumen ejecutivo 2001 del CID. Resultado del proceso de reconstrucción de la base de datos del Régimen Subsidiado contratación vigencia 2001 de la SDS

1. Afiliados con datos limpios: contiene la información de los afiliados que cumplen con los criterios basados en la normatividad y la contratación para pertenecer al régimen subsidiado y estar en un contrato.

2. Afiliados con errores e inconsistencias: contiene la información de la población que no cumple con los criterios jurídicos para la afiliación y pago de la UPC-S (afiliados no encontrados en SISBEN, duplicados entre ARS, duplicados en la misma ARS o afiliados con origen desconocido)

Como resultado de la aplicación de la metodología descrita se efectuaron seis reprocesamientos de la base de datos depurados de la contratación del régimen subsidiado para el período 1 de abril de 2001 a 30 de septiembre de 2002, haciéndose entrega de la base final el día 25 de agosto de 2005. Esta base de datos reconstruida ha servido para los procesos de conciliación entre las ARS y la Secretaría Distrital de Salud, SDS.

La Universidad Nacional por medio del CID, continua cualificando los datos mediante la incorporación de más información y el mejoramiento de los criterios de identificación y determinación de los días efectivos de liquidación por afiliado.

Hasta el momento el proceso de reestructuración de la base de datos del 2002-2003 esta en sus últimas etapas de verificación , mientras que para la vigencia 2001-2002 se logro entregar una base fina con un 95% de confiabilidad frente a la información aportada por la SDS.

El análisis de la reestructuración de la base de datos realizada por el CID, determino que el total de la población afiliada en la vigencia 2001-2002 es de 1.315.515 afiliados (tabla 11, 12 y 13)

TABLA No 11. Afiliados por período de contratación

Periodo	Afiliados	%
ABR-2001	938.001	41,55%
ABR-2002	1.019.480	45,16%
DIC-2001	15.193	0,67%
JUL-01	55.161	2,44%
MAY-01	12.786	0,57%
OCT-01	181.107	8,02%
SEP-01	35.646	1,58%

Fuente: Reconstrucción datos del CID

TABLA No 12. Excluidos por período de contratación

Periodo	Afiliados	Excluidos	%
ABR-2001	938.001	59.077	6.30%
ABR-2002	1.019.480	45.108	4.42%
DIC-2001	15.193	1.411	9.29%
JUL-01	55.161	2.680	4.86%
MAY-01	12.786	1.578	12.34%
OCT-01	181.107	10.473	5.78%
SEP-01	35.646	2.323	6.52%

Fuente: Reconstrucción de datos del CID

TABLA No 13. Porcentaje de carnetizados por período

Periodo	Afiliados	Excluidos	% excluidos en el periodo
ABR-2001	938.001	771.757	82.28 %
ABR-2002	1.019.480	826.559	81.08 %
DIC-2001	15.193	14.358	94.50 %
JUL-01	55.161	46.941	85.10 %
MAY-01	12.786	8.397	65.67 %
OCT-01	181.107	148.314	81.89 %
SEP-01	35.646	28.213	79.15 %

Fuente: Reconstrucción datos del CID

El CID recomendó a la Secretaría Distrital de Salud no utilizar el registro de su base de datos como soporte para la liquidación de los contratos suscritos entre la Secretaría y las ARS para la vigencia 2001-2002 debido al riesgo de detrimento patrimonial, por los altos riesgos de duplicidades, multifiliaciones y afiliados que no cumplen con los requisitos y son beneficiarios del subsidio, que suman un total de 72.040 personas.

Los datos del CID demostraron que existe un total de 72.040 personas que aparecen como afiliados en el régimen subsidiado y deberían ser excluidos, porque pueden ocasionar un detrimento al Distrito de \$ 11.203.660.800, luego estos datos y los de la Contraloría sugieren que existen problemas serios para poder identificar y reconocer el valor real de la UPC subsidiada de la población total que esta registrada en el régimen subsidiado en el Distrito, durante la vigencia 2001 al 2002, y para la vigencia del 2002 a 2003 por parte de la Contraloría.

Los datos registrados por la Secretaria Distrital de Salud indican que para la vigencia del 1 de abril del 2001 al 30 de septiembre del 2002, la población total afiliada al régimen subsidiado para Bogotá era de 1.315.515 personas, datos que concuerdan con el análisis de la reconstrucción de la base de datos para esa misma vigencia por parte del CID, que identifica la misma población de 1.315.515 personas²³, pero que no concuerdan con la base de datos del Ministerio de la Protección Social.

Estos datos pueden sugerir que existe una población especial del Distrito afiliada al Sistema mayor a la reportada en los registros iniciales, que son de 179.770 personas, y que el total de personas mal afiliadas durante la vigencia depurada no es la misma para ambas entidades, debido a las diferentes variables empleadas en el estudio por el CID y por la Contraloría de Bogotá.

Los respectivos datos analizados por el CID de la Universidad Nacional, sugiere que de las 24 administradoras del aseguramiento del régimen subsidiado- ARS, con las cuales la Secretaria Distrital de Salud realizo contratos para la vigencia de Abril de 2001 hasta el 30 de septiembre del 2002,

²³ Resumen ejecutivo 2001 del CID. Resultado del proceso de reconstrucción de la base de datos del Régimen Subsidiado contratación vigencia 2001 de la SDS

indican que 16 de ellas incurrieron en deficiencias de información respecto a los afiliados registrados ante la Secretaría.

La reestructuración de la base de datos suministrada por la SDS, sugiere que no es posible realizar las liquidaciones para ese periodo, no hay un soporte confiable para la liquidación de los contratos suscritos entre la Secretaría y las ARS para la vigencia 2001-2002 debido al alto riesgo de detrimento patrimonial, situación que induce a plantear la necesidad de implementar un registro único de afiliación nacional en red, con una forma de identificación única y universal para los diferentes regímenes del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

6. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASO DE BOGOTA, D.C.

El Estudio indica que lo determinado en el Acuerdo 131 de 1996 del CNSSS no se ha cumplido en el Distrito, porque es responsabilidad del Ente territorial el mantener depurada y actualizada la Base de Datos del Régimen Subsidiado de Salud, no es de las ARS ni de los interventores sino del ente territorial, es por ello que se realizó un estudio de caso de los datos del régimen subsidiado en Bogotá, para a partir de ese estudio proponer las características que debe tener un registro único de afiliación nacional en red que controle las deficiencias que se observan en el estudio realizado por la Contraloría de Bogotá y el CID de la Universidad Nacional de Colombia.

Es preocupante la situación que se presenta en el Distrito, más aún cuando en la auditoría realizada por la Contraloría distrital para la vigencia 2000-2001, se encontró que en la base de datos reportada por la SDS, existían beneficiarios del régimen subsidiado de Salud sobre los cuales había coincidencia tanto en el documento de identidad como en el nombre, con personas fallecidas registradas en la Base de datos de inhumados.

Los datos analizados revelan que existe una gran responsabilidad por parte de las administradoras del régimen subsidiado por haber carnetizado afiliados del régimen subsidiado que habían fallecido desde antes de la iniciación del periodo contractual y la responsabilidad igualmente atribuible a las firmas interventoras quienes no realizaron la depuración de los datos y por lo tanto, certificaron y avalaron el pago de las UPCs para ese periodo.

La evaluación de la Contraloría Distrital para la vigencia del periodo comprendido entre 200-2001, hace énfasis en la responsabilidad del ente territorial de entregar una base de datos inicial depurada y de realizar constantemente depuraciones y controles que permitan detectar de manera oportuna las posibles inconsistencias en la misma.

Al revisar los datos reportados por la Dirección de Aseguramiento de la SDS, se encontró que los contratos realizados para la vigencia del 2000-2001, se hicieron para un total de 1.038.578 afiliados al régimen subsidiado, de los cuales solo se produjo la carnetización para esa vigencia de 857.714 usuarios, lo que sugiere que se registraron 180.864 afiliados al régimen sin tener el respectivo carné de afiliación, y que aparecen en los datos de contratación del

distrito con las respectivas administradoras del aseguramiento, lo que nos indica también que el ente territorial no tiene a partir del 2000 una base de datos de afiliados al régimen subsidiado confiable, que le permita reconocer el valor real por UPCs en el Distrito.

Los datos del Ministerio de Salud hoy llamado de la Protección Social nos indican que la población total afiliada al régimen subsidiado en el Distrito para el año 2001 fue de 1.225.737 (tabla N. 14) y para el año 2002 una población de 1.286.010(tabla N. 15), lo cual no concuerda con los datos suministrados por la dirección de aseguramiento de la Secretaria Distrital de Salud que registran una población afiliada para la vigencia del 2001 al 2002 de 1.315.515 personas(reestructuración de datos del CID),tabla No. 16

Estos datos también sugieren que no existe una base de datos segura y confiable que permita reconocer el valor real por cada afiliado registrado en el Sistema de Aseguramiento de la población de Bogotá, lo que nos proporciona los argumentos necesarios para plantear las características de la base de datos de un registro único de afiliación nacional en red y el desarrollo de un centro administrativo a través del Ministerio de la protección Social que registre, depure, valide y actualice permanentemente la base de datos del respectivo registro, con una única forma de identificación para los diferentes regímenes del Sistema.

Las estrategias planteadas por el Ministerio y la Secretaria Distrital de Salud de ampliar la afiliación en el régimen subsidiado para el año 2003 parece ser cuestionable, puesto que los datos demuestran en el Distrito que los casos de mutiafiliación y duplicidad de personas afiliadas es de gran relevancia.

Todo ello sugiere que a las Administradoras del Aseguramiento no les interesa confrontar los datos de sus afiliados y aparentemente las entidades territoriales no cuentan con la tecnología y el recurso humano para garantizar una depuración permanente de su base de datos, que le permita conocer la realidad de la población afiliada en su región, situación que se observa en el distrito, por lo que es necesario intensificar los esfuerzos que permitan al Sistema, la implementación de un Registro Unico de Afiliación Nacional en red que de la confiabilidad y la seguridad que los recursos por valor de UPC tanto subsidiado como contributivo sean los reales, para evitar el pago de multiafiliaciones, duplicidades y controlar la evasión y la elusión de los afiliados al Sistema.

Es muy controvertido el análisis que realiza el Ministerio por tratar de demostrar la ampliación de cobertura en la afiliación al Sistema de Salud, lo que no se puede determinar con seguridad es si efectivamente esas adiciones de afiliados permitieron el ingreso de nuevos afiliados o si por una deficiente depuración de la base de datos, lo que sucedió fue la reafiliación de usuarios ya inscritos en el sistema, la revisión y reestructuración de la base de datos realizados por el CID, lo que sugiere es que existen serias anomalías en la afiliación de los usuarios en el Distrito, debido a que no hay una forma de identificación única y universal para todos los usuarios del régimen subsidiado, lo que dificulta la validación de los datos de la población especial.

TABLA No 14. AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO AÑO 2001 – BOGOTA, D.C.

Nombre Depto	Nombre de ARS	Total
BOGOTA	Asociación Empresa Solidaria De Salud De La Guajira "Solidsalud"	477
	ASOCIACION MUTUAL SER	61.355
	Cafesalud E.P.S. S.A.	78.889
	Caja de Compensación Familiar de Fenalco COMFENALCO BOGOTA	71.389
	Caja de Compensación Familiar "CAFAM"	118.194
	Caja de Compensación Familiar ASFAMILIAS	169.789
	CAJASALUD UT ARS	94.431
	Caprecom EPS	54.950
	Coomeva E.P.S. S.A.	37.322
	Cooperativa Especializada En Salud Para La Familia Colombiana Ltda	133
	Cooperativa Solidaria De Salud "Coopdesa"	23.688
	Coopsagar	9
	Coosalud	5.575
	E.P.S. Condor S.A.	171
	E.S.S. Coesperanza Ltda	5.175
	Ecoopsals	2.426
	Ecoopsos	43.024
	Fondo Proseguridad Social De Loteros De Bogotá	27.104
	Humana Vivir S.A. E.P.S.	173.888
	Metropolitana de Salud E.P.S.	245
PIJAO SALUD EPS INDIGENA	1.845	
Salud Total S.A. E.P.S.	113.834	
Salud Norte	32.296	
Solsalud E.P.S. S.A.	44.432	
Unimec E.P.S. S.A.	65.096	
Total BOGOTA		1.225.737

Fuente: Datos régimen subsidiado. Ministerio de la Protección Social

TABLA No 15 AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO AÑO 2002 – BOGOTA

Nombre Depto	Nombre de ARS	Total
SANTAFE DE BOGOTA D.C.	ASOCIACION MUTUAL SER	78.417
	Caja de Compensación Familiar de Fenalco COMFENALCO BOGOTA	109.334
	Caja de Compensación Familiar "CAFAM"	144.866
	Caja de Compensación Familiar ASFAMILIAS	149.272
	CAJASALUD UT ARS	108.462
	Caprecom EPS	62.446
	Coopsagar	9.746
	Coosalud	31.097
	E.P.S. Condor S.A.	14.480
	Ecoopsos	59.532
	Humana Vivir S.A. E.P.S.	263.111
	PIJAO SALUD EPS INDIGENA	4.423
	Salud Total S.A. E.P.S.	177.499
	SaludVida S. A.	8.839
	Solsalud E.P.S. S.A.	64.486
Total SANTAFE DE BOGOTA D.C.		1.286.010

Fuente: Datos régimen subsidiado. Ministerio de la Protección Social

TABLA No. 16. AFILIADO REGIMEN SUBSIDIADO EN BOGOTA AÑO 2003

No Contrato	Administradora	Afiliados
095-2003	Cafam	110.699,00
096-2003	Cafam	44.918,00
097-2003	Humana Vivir	319.082,00
098-2003	Caprecom	51.603,00
099-2003	Salud Total	244.122,00
100-2003	Cajasalud UT	117.658,00
101-2003	Cajasalud UT	902,00
102-2003	Ecoopsos	52.570,00
103-2003	Solsalud	88.130,00
104-2003	Comfenalco	116.110,00
105-2003	Mutual Ser	90.719,00
106-2003	Coosalud	47.450,00
107-2003	Salud Vida	32.230,00
108-2003	Salud Condor	28.775,00
109-2003	Pijaos	4.211,00
110-2003	Comparta	20.791,00
TOTAL		1.369.970,00

Fuente: Dirección de aseguramiento-Secretaria Distrital de Salud

Los datos reportados por el Ministerio de la Protección Social del régimen subsidiado en Bogotá, demuestran que en el régimen subsidiado a partir del 2000 , ha existido un aumento de nuevos afiliados.

El estudio demostró que el aumento de nuevos afiliados se produjo de la siguiente manera de 168.592 para el 2001, de 60.273 nuevos afiliados para el 2002 , de 80.960 nuevos afiliados para el 2003 y de 160.207 nuevos afiliados para el 2004, lo que indica que la ampliación en la afiliación para el Distrito fue del 13,8% para el 2001, del 4.7% para el 2002 , del 6% para el 2003 y de 10,46% para el 2004. (tabla No 17)

Debemos señalar que la ampliación de afiliación al régimen subsidiado aumento en grado significativo en el Distrito, debido al esquema de los subsidios parciales en salud, los cuales se implementaron a partir del 2004.

Se registraron en el país un promedio de nuevos afiliados desde el 2003 hasta finales del 2004, de 3.685.527⁴⁵ (tabla No. 17), lo que indica que es la ampliación de cobertura más importante registrada en el país en el régimen subsidiado desde la implementación del SGSSS, que produjo una ampliación de nuevos afiliados para el 2004 en el Distrito de 160.207 personas, que corresponde a una ampliación del 11% aproximadamente y para el 2005 fue de 150.360 personas que representan el 9.0%, situación que es preocupante porque los estudios demuestran que la población migratoria se concentra en mayor cantidad en Bogota, D.C. (tabla No. 18)

⁴⁵ Datos del Ministerio de la Protección Social . Informe de actividades al Congreso de la República año 2004-2005

TABLA No 17 AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN COLOMBIA

Año	Contributivo	Subsidiado	Total Afiliados	Total Población*	Cobertura
1996	13,728,297	5,981,774	19,710,071	39,295,789	50.16%
1997	14,969,278	7,026,690	21,995,968	40,064,093	54.90%
1998	16,090,724	8,527,061	24,617,785	40,826,816	60.30%
1999	13,652,878	9,325,832	22,978,710	41,589,018	55.25%
2000	13,409,088	9,510,566	22,919,654	42,321,386	54.16%
2001	13,335,932	11,069,182	24,405,114	43,070,704	56.66%
2002	13,165,463	11,444,003	24,609,466	43,834,117	56.14%
2003	13,805,201	11,867,947	25,673,148	44,531,434	57.65%
2004	14,857,250	15,553,474	30,410,724	45,325,260	67.09%
2005	15,533,582	18,581,410	34,114,992	46,039,144	74.10%

FUENTE. Dane y Subsistema de Información del FOSYGA y BDUA AÑO 2005 (incluye Afiliados activos y suspendidos)

Corte en Contributivo 31/12/05 y Subsidiado 31/12/05, incluye subsidios parciales.

Del total de nuevos afiliados que ingresaron en el año 2004 al régimen subsidiado en Colombia , 1.788.069 beneficiarios están cubiertos por subsidios parciales y 1.897.459 están afiliados al sistema mediante subsidios plenos⁴⁵, lo que sugiere que el aumento de la afiliación se produjo significativamente en la población clasificada en el nivel 3 del Sisben.

Esta población del nivel 3, se cree que a partir de Octubre del 2006, posiblemente perderá los beneficios del subsidio a menos que una nueva norma determine lo contrario, como siempre ha sucedido, todo ello para significar que la estrategia implementada por el gobierno es tratar de demostrar el aumento de las nuevas afiliaciones.

Estrategias poco viables para el Sistema, porque no toma las medidas necesarias como la forma de identificación única y universal para todos los integrantes del Sistema, la implementación de un registro único nacional en red.

Un registro que permita actualizar en forma inmediata la información básica de cada uno de los afiliados al Sistema, sin importar el régimen a que pertenece, esta información crucial hará que el centro administrativo del Ministerio de la Protección Social y el Administrador Fiduciario del Fosyga lleguen a conocer la realidad de población afiliada al Sistema, que contribuya a consolidar y dar confiabilidad a la base de datos del Ministerio de la Protección Social, que asegure el valor real por UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, por cada afiliado registrado en las diferentes administradoras del aseguramiento en el país, es decir que permita el control de los recursos financieros del Sistema.

⁴⁵ Datos del Ministerio de la Protección Social . Informe de actividades al Congreso de la República año 2004-2005

TABLA No.18 AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO BOGOTA Y COLOMBIA

Año	Subsidiado Bogotá	Subsidiado Colombia	Total Afiliados	Total Población	Cobertura
2001	1,225,737	11,069,182	24,405,114	43,070,704	11,0%
2002	1,286,010	11,444,003	24,609,466	43,834,117	11,2%
2003	1,369,970	11,867,947	25,673,148	44,531,434	11,5%
2004	1,530,177	15,553,474	30,410,724	45,325,260	9,8%
2005	1,680,537	18,581,410	34,114,992	46,039,144	9,0%

FUENTE: DATOS DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Los datos demuestran que a pesar de que la cobertura para el 2004 a nivel nacional aumento en un 67% con un aumento de usuarios de 3.685.527 considerada la más importante del país en el régimen subsidiado, en Bogotá, ciudad donde se desplaza en mayor cantidad la población de la zona rural ya sea para encontrar mejores posibilidades laborales o por motivos de desplazamiento forzado, el aumento de la cobertura fue menor a la registrada a nivel nacional, paso de 11,5% a 9,8 en el 2004 y continuo disminuyendo para el 2005 con respecto al 2004, (tabla N. 18), fue del 9%.

Esto sugiere que es necesario proponer algunas alternativas que ayuden a reconocer a la población real afiliada al Sistema de Salud, como las características que permitan el implementar una base de datos unica nacional en red, que contribuyan a conocer la realidad de la población afiliada al Distrito y a nivel Nacional , con el objetivo de optimizar los recursos y ampliar la cobertura en forma efectiva en la población que migra en forma permanente hacia la ciudad de Bogotá.

7. CONCLUSIONES

El régimen subsidiado desde su creación fue concebido como un régimen dependiente del contributivo, un puente entre la población que no contaba con los recursos necesarios para el aseguramiento y la población que si tiene capacidad de pago para asegurarse al nuevo Sistema, es decir entre la población vinculada y el régimen contributivo.

Un sistema que busca la cobertura del total de la población Colombiana, que se dificulta en parte debido al despilfarro de los recursos de la Salud, a la falta de compromiso de la clase política con las necesidades de la población más pobre y vulnerable del país y una base de datos poco confiable de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud que evite o disminuya la duplicidad, la multifiliación, la evasión y la elusión de los usuarios en el Sistema.

En principio entonces, la afiliación al régimen subsidiado está contemplada dentro de los criterios generales de focalización del gasto social tanto Nacional como Distrital, en donde su financiación es de una complejidad tal, que se podría deducir que se requiere de un sistema de información y una base de datos única nacional de cada afiliado al Sistema que sea confiable y segura.

Una base de datos que permita controlar y racionalizar los recursos de ese régimen, lo cual presenta grandes inconvenientes en Bogotá, según el análisis de los datos realizados por el CID de la Universidad Nacional en la reestructuración de la base de datos de la Secretaría Distrital de Salud para la vigencia del 2001 y 2002 y la auditoría realizada por la Contraloría de Bogotá para la vigencia 2001-2002 y 2002 -2003.

También se pudo determinar que la direcciones de salud territoriales son las Entidades encargadas o responsables de la elaboración de listas de potenciales afiliados del régimen subsidiado, teniendo presente la normatividad que para su efecto expida el Ministerio de la Protección Social y que no la realizan debido a que por deficiencia de recurso humano y por intereses políticos prefieren delegar esa responsabilidad en entidades externas a la entidad, como son empresas interventoras del sector privado.

Situación muy compleja que requiere de una eficiente gestión administrativa de los entes territoriales y de la construcción de una base de datos en red confiable, lo que tampoco se observa en la actualidad porque según la evaluación realizada por el gobierno existen cerca de 450.000 personas afiliadas al régimen subsidiado clasificadas en el nivel 3 del Sisben.

Población podría clasificarse por sus condiciones de ingresos en el nivel 2, que reciben subsidios parciales y totales y que a partir de octubre deberán abandonar los beneficios del subsidio, es decir que posiblemente pasarán a engrosar el grupo de aproximadamente 1,4 millones de personas del nivel 3 que no están afiliadas a ningún régimen de salud (Datos del Ministerio de la Protección Social a diciembre del 2005).

Luego la medida beneficia especialmente a los empleados de bajos ingresos que están en los niveles 1 y 2 del SISBEN, y a los que encuentran oportunidades laborales de corta duración, como es el caso de los trabajadores de la construcción.

Esto indica que existen graves problemas en la identificación de la población afiliada al sistema, y en la depuración de la base de datos de los afiliados, que ayuden a canalizar los recursos hacia la población más pobre y vulnerable y que eviten el reconocimiento por valor de UPC tanto del régimen subsidiado como del contributivo.

Valor que para las vigencias analizadas se les reconoce a las Administradoras del Aseguramiento- ARS y EPS, por casos de malas afiliaciones, duplicidades y multifiliaciones, según la evaluación de la reestructuración de la base de datos del CID que concluye que existen personas que no están clasificadas en la encuesta del Sisben y reciben el beneficio del subsidio, como también aquellos casos en los cuales existen afiliados duplicados en los diferentes contratos realizados con las ARS, de usuarios con multifiliaciones y de usuarios que aparecen reportados como personas fallecidas.

El análisis demuestra que el régimen subsidiado ha pasado por diversas etapas, etapas que han requerido una multitud de reglas de juego en el Sistema de Salud, se han decretado tantas normas que buscan legalizar el proceso de afiliación en ese régimen, que en definitiva favorecen a las administradoras del aseguramiento, pero que limitan la capacidad del afiliado a desplazarse libremente dentro del sistema, una de ellas es el acuerdo 244 del 2003 del CNSSS, que intentaba regular los criterios para los procesos de identificación, selección de beneficiarios, procesos de afiliación, operación regional del régimen, formas de contratación, garantías de afiliación en circunstancias excepcionales y retiro voluntario de las ARS.

Existe un complejo y desordenado sistema con normas divergentes para cada caso a resolver según el régimen de afiliación, normas que ratifican, anulan, prorrogan o validan un procedimiento en el régimen subsidiado y en el contributivo, tanta regulación crea un caos en el manejo de las afiliaciones y contratación de los dos grandes regímenes del Sistema actual en Salud, lo que es necesario unificar porque la norma no obliga por igual a los tres regímenes del sistema.

Es así, como cambios en la normatividad no permiten el libre desplazamiento de los afiliados en el subsidiado, como aparentemente si sucede en el contributivo, lo que obliga al Ministerio de la Protección Social o al CNSSS a formular sobre la marcha nuevas y permanentes regulaciones que tiene al régimen subsidiado en un caos casi demencial.

En la actualidad se aprecia que es imposible poder terminar con la verificación de los requisitos de habilitación tanto para las administradoras del aseguramiento-EPS y ARS, como de las Instituciones Prestadoras de Salud, por ello el gobierno nacional debe recurrir a formular nuevas reglas de juego, en su mayoría reactivas para asegurar los servicios de los afiliados al Sistema.

Luego por los pretextos anteriormente mencionados el CNSSS recomienda mediante una nueva norma aplazar la efectividad de los traslados que se hayan surtido y prorrogar el período de contratación hasta tanto se consolide el proceso de habilitación en el régimen subsidiado, lo que indica que se vuelve a aplazar la posibilidad de traslados de los afiliados en el régimen subsidiado, mientras que los afiliados del contributivo si lo pueden efectuar según los requisitos estipulados, sin necesidad de modificar permanentemente la norma.

Lo que se puede apreciar es que existen diversos intereses que no permiten realizar los traslados de los usuarios, hasta que no salgan los resultados de la habilitación de las ARS y de las EPS, que se están esperando desde hace dos(2) años y que no se publican debido a influencias políticas, puesto que existen fuertes indicios que demuestran que existen estrechas relaciones entre el poder político y la administración de las entidades encargadas del aseguramiento en Colombia, como lo son las EPS y las ARS.

Lo que se aprecia en la permanente declaratoria de normas, es que resulta evidente el propósito del Gobierno Nacional de demostrar la ampliación de cobertura, sin importar en la misma medida la forma como se prestan los servicios de salud, es prioritario entonces para el Estado poder demostrar el aumento de la cobertura de la población, por ello se destacan la gran multiplicidad de normas, ya sean acuerdos resoluciones o decretos que en cierta manera se contradicen, aplazan, corrigen o reordenan todo los procesos en el régimen subsidiado, que al compararlos con el contributivo, nos lleva a sugerir que existen regulaciones controvertidas para los dos grandes regímenes del Sistema que impiden el poder mantener un base de datos única nacional de afiliados depurada y actualizada.

El usuario como lo determina la Ley es libre de elegir su administradora del aseguramiento, en otras palabras el usuario es parte esencial del Sistema General de Seguridad Social en Salud y no una pertenencia de una administradora del aseguramiento ya sea una EPS o ARS.

Luego no es congruente con la misma legislación que mientras a un determinado afiliado se le permita la movilidad en un periodo corto a otro afiliado del mismo Sistema pero que pertenece a diferente régimen se le prolongue su permanencia en una ARS en forma casi permanente y que sea el Estado el que lo obligue aún en contravía de la misma Ley 100 de 1993, es decir que con el pretexto de controlar las irregularidades en el proceso de contratación de los entres territoriales, se impide la libre movilidad del usuario en el actual Sistema de Salud.

La permanente y variada modificación de la legislación en materia de salud, indica la necesidad que existe de establecer una regulación única para el Sistema, al menos en lo referente a procesos de afiliación y movilización, se requiere de una base de datos única nacional en red, mediante la implementación de normas claras, únicas y universales para los tres regímenes del Sistema de Salud, que permita conocer al usuario afiliado y desafiliado en forma inmediata y que contribuya a consolidar un registro único de afiliación nacional confiable en red, que logre racionalizar los recursos disponibles.

La gran vastedad de normas sugiere que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se acostumbro, casi como política de Estado, a decretar en forma permanente una norma reactiva, para controlar específicamente irregularidades en el Sistema, para corregir una disfunción, para incentivar a los actores a la afiliación creando en cierta medida estímulos que se convierten con el tiempo en nuevas anomalías que es preciso volver a corregir y así sucesivamente se formulan normas, creando un círculo vicioso interminable de normas que intentan regular los procesos de afiliación.

Esta variada normatividad representa un gran reto para las personas encargadas de la ordenación del gasto público, de la toma de decisiones en salud pública y para los que definen los procesos de afiliación - desafiliación y para los que como el gobierno promueven la ampliación de cobertura.

Las diferentes normas que en cierta medida son contradictorias entre sí, han permitido una regulación bastante inestable, con pérdidas de recursos adicionales como en el caso de las ARS que se retiraron del mercado sin enfrentarse a una rendición de cuentas, sin conocer la realidad del estado financiero de sus afiliados, lo que sugiere según el análisis de la reestructuración de la base de datos del CID para la vigencia del 2001 al 2002 que a pesar de la variada regulación se presentó un claro detrimento del patrimonio Distrital y por consiguiente del Sistema.

El estudio demuestra que existen incentivos distintos para cada régimen, la contratación de la afiliación se realiza mediante procesos diferentes, de igual forma la normatividad vigente no obliga por igual a los tres regímenes a reportar su base de datos, se observa que las entidades territoriales son las encargadas de recolectar la información del régimen subsidiado y contratan con entidades externas la depuración de los datos, mientras que el régimen contributivo lo realiza directamente con el Ministerio de la Protección Social, y así recibe la compensación a la que tiene derecho por el total de población que ha afiliado al sistema, luego se puede sugerir que existen cuatro(4) problemas que no permiten crear y mantener una base de datos única nacional de afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud:

- 1-El funcionamiento del sistema es segmentado y divergente
- 2-La operatividad es diferente para cada régimen del sistema
- 3-La falta de un sistema de información único nacional que funcione por igual para los diferentes regímenes del Sistema.
- 4- Una diversa forma de identificación para todos los afiliados al Sistema.

Es necesario modificar de forma definitiva la normatividad del sistema, es indispensable unificarla en lo posible en cuanto a procesos de afiliación y desafiliación y en la forma de consolidar el Sistema de información, es prioritario que funcione por igual para los tres regímenes del Sistema, porque si los sistemas no son convergentes entre sí en esos aspectos y las reglas no se unifican para todo el Sistema, se hace difícil poder implementar una base de datos única nacional de afiliados en red y por ende un sistema de información confiable y seguro.

Es indudable que la recolección y depuración de los datos de los afiliados en los municipios se agrava por la movilidad permanente de la población debido a problemas de orden público y a la capacidad de los grupos ilegales para producir la constante migración de la población rural, esto crea inconvenientes para depurar la información de los afiliados, debido a que la información es cambiante.

Por estas características, es fundamental para el Sistema el poder actualizar la información en forma permanente, lo que implica que es adecuado centralizar la información, se requiere de un centro administrativo de la información que operativice el Sistema, que depure todos los datos y que cree las herramientas técnicas para mantener una línea dedicada por Internet las 24 horas del día en funcionamiento, un centro administrativo que por la legislación actual debe estar bajo la dirección del Ministerio de la Protección Social.

Una línea dedicada en red, con la finalidad de evitar irregularidades, como la duplicidad y la multifiliación entre otros aspectos, el problema a resolver es como centralizar la información en un sistema que funciona de manera descentralizada y con reglas de juego diferente para cada uno de los tres regímenes del Sistema.

Se requiere de una forma única de identificación para toda la población afiliada a los tres(3) regímenes del Sistema, no pueden existir excepciones, es indispensable exigir mediante una norma única que toda persona que desee afiliarse al Sistema, debe tramitar ante la Registraduría Nacional del Estado Civil, una forma de identificación única y universal en Colombia.

Le corresponde entonces al Estado el determinar la forma de identificación única de los usuarios al sistema, sin importar las condiciones geográficas, socioeconómicas o de vivienda, para de esa forma establecer un criterio único que acredite y le otorgue el derecho a la población afiliada a recibir los servicios de los planes obligatorios de Salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS adscritas o de propiedad de sus respectivas Administradoras del Aseguramiento, llámese EPS o ARS.

Una de las propuestas del estudio es la de permitir que todas las Clínicas, Fundaciones y hospitales que manejen recursos de la salud contribuyan a identificar a la población nacida viva en la capital de cada departamento, es necesario preparar al personal de las Clínicas y Hospitales para que por intermedio de funcionarios debidamente certificados por la Registraduría desarrollen el registro de nacimiento, que se capaciten para asignar un registro NUIP y se envíe la documentación requerida a la Registraduría Regional y esta la tramite ante la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Es necesario determinar fechas límites para la recepción y tramitación de los respectivos registros de identificación de las personas, por medio de una línea dedicada que funcione las 24 horas en la Registraduría Nacional y en el Ministerio de la Protección Social y por correo la copia del registro debe ser tramitada ante el Servicio Nacional de Inscripción de la Registraduría Nacional.

Para que el servicio en red funcione es necesario crear los mecanismos técnicos que permitan estructurar un centro administrativo que opere la base de datos del registro único de afiliación nacional en red, al cual puedan acceder los actores del Sistema, como son el afiliado, los empleadores y las administradoras del aseguramiento, con lo que se agilizaría la forma de registro de la población afiliada al Sistema, en especial de la población nacida viva en Colombia, se daría un registro oportuno y rápido a través de las clínicas fundaciones y hospitales de las ciudades capitales y se cumpliría lo estipulado por la Ley, que los menores de 1 año son afiliados automáticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin importar la capacidad de pago de sus padres.

Una vez definido la forma de identificación única nacional, es necesario operativizar el Sistema, de tal forma que la forma de afiliación, identificación, movilidad y traslado de los usuarios sea la misma para todos los usuarios afiliados al Sistema, a pesar que el mismo Sistema sea segmentado, las normas de afiliación y desafiliación deben ser únicas al menos para el régimen contributivo y el subsidiado, donde realmente la única diferencia que debe existir según lo determina la Ley 100 de 1993, es la capacidad de pago de las personas, por lo demás la normatividad debe impulsar hacia la unificación de las reglas de juego para todos los actores del Sistema, en lo que se refiere a procesos de afiliación, sistema de recolección de la información y la movilidad de los afiliados en el Sistema.

Es decir que para acceder al aseguramiento en Salud, es requisito fundamental el tener una forma única que identifique de manera individual a cada afiliado y que registre la atención en salud recibida, los recursos económicos que utiliza y un resumen de su historial clínico ante el Sistema y a la vez le permita al usuario la libre movilidad en cualquiera de las administradoras del aseguramiento habilitadas para promover y proporcionar servicios de salud a la población en el tiempo determinado por la legislación, que debe ser igual para cualquiera de los tres (3) regímenes del Sistema.

Mediante este procedimiento de afiliación se considera que el usuario retoma su derecho a estar informado por el Sistema, y le devuelve la capacidad de elegir la Administradora del aseguramiento a la cual desea afiliarse, y no esperar a que la entidad territorial, el Estado o el patrono determinen su EPS o ARS a la cual se debe afiliarse, es un proceso que requiere de un servicio en red que permita una actualización permanente, en donde el usuario puede afiliarse una única vez a una determinada Administradora de Aseguramiento e inmediatamente queda bloqueado para poder afiliarse a otra, procedimientos técnicos que debe definir el Ministerio de la Protección Social.

Se sugiere que se establezca los mecanismos para poder acceder a la información parcial y total del afiliado, entre la total estaría crear unos datos como el tipo de identificación única definido (Registro civil o Cédula), el lugar de nacimiento, la fecha de nacimiento, el nombre completo del afiliado y su condición de afiliación en el Sistema, indicadores que lo acreditan como usuario de una única administradora de aseguramiento, sea EPS o ARS.

Otra mecanismo técnico se refiere al acceso de la información parcial, al cual solo puedan acceder el usuario y la Administradora de aseguramiento a la que pertenece el afiliado, por medio de metadatos, es decir datos sobre datos que creen bases relacionales entre cada información del usuario, en otras palabras que para poder acceder a una determinada información es necesario que exista datos que permitan conexión entre ellos, las bases de datos relacionales son el tipo de bases de datos actualmente más difundido.

Este mecanismo tecnológico y técnico debe ser determinado por el centro Administrativo del Ministerio de la Protección Social, con la particularidad que solo el usuario y la administradora de aseguramiento a la cual pertenece, puedan acceder a la información total y los demás actores del Sistema a la información parcial.

Es necesario implementar a su vez, una forma de carnetización en el ámbito nacional, que depende en forma exclusiva de una forma de identificación única, documento que permitirá su identificación ante el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y con el que pueda acceder a los servicios de Salud ante las IPS inscritas y facultadas a prestar los servicios a los afiliados en todo el territorio Nacional, para lo cual las Administradoras deben realizar convenios de prestación de servicios en todo el país y deben reportar el listado respectivo a través de la misma línea dedicada a la base de datos del Ministerio de la Protección Social, información a la cual pueda acceder cualquier usuario del Sistema de Salud, mediante una clave de acceso creada por el mismo usuario.

Es decir que el Registro Unico Nacional en red, permite reconocer al usuario como afiliado asegurado al Sistema, permite conocer la información detallada de las Instituciones que prestan el servicio de Salud en las diferentes regiones del país y el plan obligatorio a que tiene derecho según su condición de afiliación, así como la información individual del tiempo de permanencia en la EPS o ARS, su situación contractual de afiliación en el Sistema, los recursos financieros que utiliza y el resumen de su historial clínico o médico.

Todo este servicio en red, permite mejorar la atención de los servicios de salud y a su vez facilita la facturación del servicio demandado por el usuario ya sea ante la administradora del aseguramiento o directamente ante el FOFYGA.

Es fundamental devolverle al afiliado el derecho irrenunciable y legítimo de elegir libremente su Administradora de Aseguramiento, sea EPS o ARS y la de permitir su libre movilidad en los diferentes regímenes del Sistema.

La permanencia del usuario al Sistema no puede estar ligada y obligada por un contrato de afiliación, es necesario que el Estado deje de promover mediante constante regulación inclusive hasta contradictorias, la permanencia obligada de los afiliados del régimen subsidiado y porque no decir de las del contributivo a las respectivas administradoras, con diferentes pretextos que deterioran la libre competencia del mercado y el mejoramiento de la calidad del servicio que prestan en forma directa o a través de otras IPS adscritas a su red.

Son los usuarios los que en últimas determinan la calidad y la atención oportuna del servicio, le corresponde al afiliado el poder elegir con absoluta libertad sin importar su capacidad de pago, la administradora de aseguramiento de su preferencia según la percepción del servicio, sus necesidades de atención y el mantenimiento o mejoramiento de su estado de Salud.

En general con un Registro Único de Afiliación Nacional en red, se conforma una base de datos confiable de los afiliados al Sistema, inclusive se podría pensar en que a cada afiliado se le lleve un registro de sus aportes, ingresos y gastos, es decir un manejo financiero individualizado y no globalizado como sucede para cada régimen.

A través del servicio en red, a cada usuario se le facturaría de manera individual y se le cargarían sus gastos en el Sistema de Salud de forma individual, esto permite conocer cuanto dinero se recauda por cada usuario y cuanto gasta en salud cada afiliado, lo que aportaría un análisis financiero individual, el poder conocer cuanto le cuesta al Sistema el mantener y recuperar la Salud de cada afiliado, para ello se requiere el consolidar la información de cada afiliado de manera individual por regiones, lo que facilitaría el conocer la realidad financiera del Sistema, mejorar la calidad del servicio y establecer políticas reales de promoción y prevención en Salud.

El análisis de los datos reportados por ambas entidades, Contraloría de Bogotá y el Centro de Investigación para el desarrollo- CID de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia aunque no coinciden, plantean la necesidad de proponer las características para todo el sistema de un registro único de afiliación nacional en red, que ayude a consolidar en forma confiable una base de datos única y excluyente de cada afiliado con los otros regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que sea universal y con criterios únicos de identificación para todos los afiliados del Sistema, que sea centralizado, y que permita la actualización permanente de la información para cada uno de los actores involucrados.

Es evidente que el Estado debe legislar sobre como Identificar a la población afiliada al sistema de salud de manera única y universal, no pueden existir diversas formas de identificación para la población dependiendo de su condición ya sea urbana, rural, campesina migratoria o indígena, de su estrato socioeconómico o de las condiciones geográficas, es necesario que la Registraduría Nacional del Estado Civil por regulación del legislativo y del ejecutivo, establezca un criterio único de identificación para la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita su reconocimiento y su acceso a los servicios de salud.

En definitiva se puede argumentar que existe una deficiencia en las funciones del ente territorial, ya sea por descuido o por falta de gestión administrativa, lo que ha permitido múltiples duplicidades dentro de la base de datos del Régimen Subsidiado y múltiples afiliaciones con EPS, casos de afiliados activos y carnetizados, que figuran como fallecidos en la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, documentos de identidad inexistentes, cédulas canceladas y registros inexistentes en el archivo SISBEN.

Esta situación ratifica una de los objetivos del estudio el de proponer un mecanismo que permita implementar un Registro Unico de Afiliación Nacional en red que sea confiable y seguro, para evitar el detrimento de los recursos del Sistema, tal como se evidencio en las auditorias efectuadas por la Contraloría Distrital para la vigencia del 2001 – 2002 y del 2002 – 2003 y en la reestructuración de la base de datos realizados por el CID, de la Universidad Nacional de Colombia.

Lo que sugiere que si no se valoran las evaluaciones realizadas durante estos periodos podría haber una pérdida de recursos del Distrito y difícilmente se podría aumentar con veracidad la cobertura de la Seguridad Social en Salud en la capital del país, posiblemente lo que se seguiría dando es un aumento de duplicidades y multiafiliaciones en el régimen subsidiado de Bogotá y porque no pensar en lo mismo a nivel Nacional.

Existe un problema estructural del Estado donde observamos que existen muchas Instituciones publicas que pueden intervenir para ayudar a controlar los recursos económicos de la seguridad Social en Salud, pero en definitiva no hay ninguna que responda, no hay ningún doliente del Sistema de Salud actual.

Hay en estos momentos un problema de identificación detectado a través del estudio de caso de la situación del régimen subsidiado en Bogotá, un inconveniente que no puede resolver el sector Salud, es necesario que el Sistema General de Seguridad Social en Salud se alimente de otros Sistemas, como la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil y del Registro único de aportantes del Ministerio de Hacienda, para poder identificar en forma unificada a la población afiliada al Sistema.

Debe determinarse por parte del Estado, una forma de identificación unica tanto para la población afiliada como para la no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es decir para el Colombiano común y corriente debe de existir un sistema de identificación único, el cual obligue a todos los colombianos del país a realizar el tramite de su derecho de nacionalidad ante la Registraduría Nacional, y que a la vez permita poder regular esa forma de identificación obligatoria para todas las personas que deseen afiliarse al Sistema General de Salud, lo que indica que para poder tener el derecho a exigir el Plan obligatorio de Salud sea contributivo o subsidiado, las personas deben cumplir con el requisito previo de identificación único Nacional.

Es necesario determinar una forma unificada de identificación en el país, que debe estar a cargo de la Registraduria tanto Nacional como Regional, para resolver un problema de tipo estructural de identificación que no puede controlar y remediar el Sistema en Salud.

Los administradores del sector Salud, no son funcionarios de carrera, lo que se aprecia es que los Secretarios de Salud, son nombrados por el Director político que eligió el pueblo o por un convenio entre los grupos políticos.

Le corresponde entonces al funcionario público nombrado en esas condiciones el intentar remediar el problema de una cultura burocrática acostumbrada al no control y a ejecutar labores solo de su área o departamento, un secretario de Salud que conoce la problemática de su región y de la nación, pero debido a su permanencia temporal en el cargo y a la relación directa con los diversos intereses políticos y sociales que permitieron su nombramiento, debe adoptar correctivos de los diversos problemas de salud de su región a corto plazo, cualquier esfuerzo de intentar proyectar la solución de los inconvenientes en un mediano o largo plazo, se consideran poco operativos.

Cada uno de los diferentes actores ya sean Secretarías de Salud, Administradoras del Aseguramiento como EPS o ARS, Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o los mismos usuarios tienen unos intereses particulares e individuales, intereses que son divergentes con el interés del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cada cual quiere ser protagonista, quiere resolver su propio problema, lo que indica que no hay un interlocutor válido para remediar el problema de la base de datos de los afiliados en forma depurada y actualizada, es decir existen múltiples actores con diversos intereses, con diferentes beneficios económicos y sociales.

El problema de Salud es un inconveniente latente, se observa en el estudio de caso del régimen subsidiado de Bogotá, desde el punto de vista técnico se considera por parte de los técnicos consultados que la base de datos única en red es viable, que requiere de un centro administrativo que debe estar bajo la dirección, control y organización de una entidad Estatal, para el estudio en el Ministerio de la Protección Social.

Considero que la falta de un registro único de afiliación nacional en red, que permita la afiliación en forma exclusiva y excluyente entre los tres regímenes del Sistema, origina diversos problemas, como son el problema estructural de identificación de las personas en Colombia, el problema de las culturas burocráticas de las direcciones territoriales en Salud, el de los múltiples intereses de los actores involucrados en el Sistema, que en definitiva crea un impacto financiero directo en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud.

8. RECOMENDACIONES

Es primordial establecer por parte del Ministerio de la Protección Social un programa técnico que permita la implementación de un Registro Único de Afiliación Nacional en red, mediante una línea dedicada por Internet que funcione las 24 horas del día, a la cual puedan acceder todos los actores del Sistema, en especial el afiliado.

El Ministerio de la Protección Social debe establecer la normatividad y los mecanismos técnicos y electrónicos adecuados para que el usuario del Sistema pueda conocer su situación de afiliación, el POS completo a que tiene derecho, las cuotas moderadas o copagos que debe cancelar el usuario a la Institución que solicite el servicio de salud, la red de prestación de servicio que le ofrece su administradora de aseguramiento en todo el territorio Nacional, su historial clínico- médico y la disgregación financiera individual del afiliado al Sistema, es decir cuanto aporta y los gastos de la utilización del servicio.

Crear las herramientas técnicas necesarias para garantizar la seguridad de la información a través de datos, de metadatos y de bases relacionales, estableciendo códigos de acceso que puede modificar cada usuario, de tal forma que solo pueda tener acceso a la información la Administradora de Aseguramiento a la que esta afiliado la persona y el mismo usuario que requiere la prestación del servicio.

Establecer que el Ministerio de la Protección Social debe ser el centro administrativo que operativice la base de datos única de afiliación nacional en red y debe desarrollar un proyecto de Ley en el Congreso que permita establecer los mecanismos técnicos que contribuyan a mantener actualizada la base de datos de sus afiliados, y regular la forma de identificación única nacional de los usuarios ante el Sistema General de Seguridad Social en Salud

La estructuración de unos criterios únicos de identificación para todas las personas que deseen afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud, condición fundamental y exigible que le otorga el derecho de ser usuario del aseguramiento y de recibir un plan de beneficios en salud, sin importar el régimen de aseguramiento, ni la capacidad de pago del usuario.

Es necesario el coordinar con todos los Entes Regionales de la Registraduría Nacional, la forma como se debe hacer el registro y los mecanismos que permitan la identificación de la población en el país, dándole prioridad a la población especial.

Unificar las reglas de juego para los tres(3) regímenes del Sistema, en lo que se refiere en los procesos de afiliación y desafiliación, que permitan una única forma de identificación al Sistema, la movilización o traslado dentro del mismo y el registro de un sistema de información de cada usuario, que faciliten el consolidar una base de datos única financiera de cada afiliado en forma confiable y segura para el SGSSS.

Modificar los periodos de traslado o movilización de los afiliados entre los regímenes del sistema, unificar el criterio de movilización para todos los integrantes del Sistema y la permanencia del usuario en una determinada Administradora del Aseguramiento.

Cumplir con lo decretado en la Ley 100 de 1993, que manifiesta que la elección y la movilidad de cada afiliado depende exclusivamente del usuario y debe ser independiente del tipo de contratación que realice la Entidad Territorial o las Entidades de Salud con el afiliado al Sistema.

Intentar promover la creación de la tarjeta del registro único nacional de afiliación en red, para que las personas afiliadas entiendan que es necesario reportar la información de su situación al Sistema y para que puedan acceder a los servicios de Salud, en todo el territorio Nacional.

La propuesta recomendada en el respectivo estudio es la siguiente:

- 1- La implementación de un registro único de afiliación nacional en red, por medio de una línea electrónica que funciones las 24 has del día.
- 2- Crear los mecanismos técnicos a través de códigos de acceso, que permita al usuario poder conocer la información pertinente del SGSSS en forma confiable y segura.
- 3- Establecer una forma única de Identificación Nacional para todos los afiliados al SGSSS.

Se sugiere podrá identificarse de la siguiente manera:

- a- Registro Civil NIP, para todas las personas menores de edad que nacieron antes del 2 de febrero del 2000
 - b- Registro civil NUIP, para todas los menores de edad que hasta la fecha nacieron a partir del 2 de Febrero del 2000
 - c- La cedula de ciudadanía para todas las personas consideradas mayores de edad por la legislación Colombiana.
 - d- La cédula de extranjería para todos los extranjeros residentes en el territorio nacional.
- 4- Regular en forma definitiva la libre movilidad de los afiliados en el Sistema, sin importar el régimen a que pertenece y su capacidad de pago. Se sugiere que la permanencia obligatoria sea de un(1) año y que para que se cumpla su libre desplazamiento es necesario comunicar su decisión mediante el registro único nacional en red al Ministerio de la Protección Social y a la Administradora del Aseguramiento.
 - 5- Promover la creación de la tarjeta del Registro Unico de afiliación Nacional en red, tarjeta que lo acredite como usuario del SGSSS en todo el territorio Nacional
 - 6- Determinar fechas límites para la recepción y tramitación de los registros de identificación de las personas ante la Registraduría Nacional del Estado Civil y el Ministerio de la Protección Social.

9.GLOSARIO

ASEGURAMIENTO: Actividad que consiste en contratar un seguro para prevenir el riesgo de una persona.

ADMINISTRADORA DEL REGIMEN SUBSIDIADO-ARS : Son las entidades responsables de la afiliación y el riesgo de los afiliados del régimen subsidiado, su función básica es la de organizar y garantizar , directa o indirectamente la prestación del Plan obligatorio de Salud a los afiliados del régimen subsidiado.

ENTIDAD PROMOTORA EN SALUD-EPS: Son las entidades responsables de la afiliación y el riesgo de los afiliados y del recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía del régimen contributivo, su función básica es la de organizar y garantizar , directa o indirectamente la prestación del Plan obligatorio de Salud a los afiliados del régimen contributivo.

EVASIÓN: Actividad que consiste en la no declaración de ingresos, en la cual la persona no se afilia al Régimen Contributivo en Salud y el sistema deja de recibir recursos de solidaridad para el Régimen Subsidiado.

ELUSIÓN: Actividad que consiste en la subdeclaración de ingresos, que puede originarse de dos formas, en los empleados formales cuando la empresa reporta sólo parte de los ingresos de sus empleados y en los afiliados independientes cuando ellos se afilian informando un ingreso inferior al que reciben normalmente.

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía que constituye una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social y que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia.

REGIMEN CONTRIBUTIVO: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema general de Seguridad Social en Salud, cuando la vinculación se hace a través del pago de una cotización , individual y familiar, u un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado.

REGIMEN SUBSIDIADO: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de los individuos.

SOLIDARIDAD: Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades, bajo el principio de que el más fuerte ayuda al más débil.

UNIVERSALIDAD:.Es la garantía de la protección para todas las personas , sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Política de Colombia
2. Decreto 1895 de 1994 . Ministerio de Salud. Republica de Colombia
3. Decreto 806 de 1998 . Ministerio de Salud. República de Colombia
4. Proyecto de Ley 052 de 2004. Reestructuración del Sistema general de Seguridad Social en Salud
5. Ley 100 de 1993. Título III. Sistema de Seguridad Social Integral.
6. Decreto 047 de 2000 .Ministerio de Salud . República de Colombia
7. El derecho a la salud. Defensoría del pueblo . Serie Desc – Bogota, D.C. 2003
8. Ley 715 de 2001, artículo 70. República de Colombia
9. Decreto 516 de 2004. Ministerio de la Protección Social . República de Colombia
10. Sentencia del Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo, 19 de Agosto de 2004
11. Definición tomada del texto de Jorge Oviedo Albán. Los elementos esenciales del derecho comercial Contemporaneo
12. Acuerdo 284 de 2005 .CNSSS. Ministerio de la Protección Social
13. Datos de la Contraloría de Bogotá. Auditoria del Sector de la Salud
14. Decreto 1757 de 1994. Ministerio de Salud. República de Colombia
15. Acuerdo 244 de 2003 .Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la Protección Social
16. Acuerdo 304 de 2005 . Ministerio de la Protección Social. República de Colombia
17. Sentencia C-177 de 1998. Corte Constitucional
18. Sentencia T-978 de 2001. Corte Constitucional
19. Sentencia T-484 de 1992 . Corte Constitucional
20. Sentencia SU-225 de 1998. Corte Constitucional

21. Datos del Ministerio de la Protección Social al Congreso de la Republica de Colombia
22. Datos del DNP del 2005. República de Colombia
23. Resumen ejecutivo 2001 del CID. Resultado del proceso de reconstrucción de la base de datos del Régimen Subsidiado contratación vigencia 2001 de la SDS
24. Bogotá en cifras. Documento de la pagina alcaldiabogota.gov.co
25. Resolución 1375 de 2002. Ministerio de Salud. República de Colombia
26. Resolución 3477 de 2005. Ministerio de la Protección Social
27. Decreto 3818 de 2003 . Ministerio de la Protección Social
28. Auditoria Gubernamental con enfoque integral, modalidad especial de base de datos, segunda fase del plan anual de auditoria Distrital PAD 2002-2003. Contraloría Distrital de Bogotá
29. Definición tomada del texto de Jorge Oviedo Albán. Los elementos esenciales del derecho comercial Contemporaneo
30. Estadísticas de la Superintendencia Nacional de Salud
31. Datos reportados por la Secretaria Distrital de Salud a la Contraloría de Bogotá.
32. Criterios de la Defensoría del pueblo . El Derechos a la salud. Bogotá, D.C., 2003
33. Acuerdo 261 de 2004 CNSSS. Ministerio de la Protección Social
34. Acuerdo 299 de 2005. CNSSS. Ministerio de la Protección Social
35. Decreto 1703 de 2002. Ministerio de Salud
36. Decreto 1260 de 1970. Estatuto del registro del Estado Civil
37. Ley 812 de 2003. República de Colombia
- 38 Acuerdo 282 de 2004. CNSSS. Ministerio de la Protección Social
39. Datos del Departamento de Planeación Distrital para la Contraloría de Bogota
40. Circular Conjunta N. 0001 del 6 de Diciembre de 2004. Ministerio de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público

41. Acuerdo 303 de 2005 .CNSSS. Ministerio de la Protección Social
42. Acuerdo 131 de 1996. CNSSS. Ministerio de la Protección Social
43. Decreto 2188 de 2001. Ministerio de Justicia y del Derecho
44. Decreto 3818 del 2003 .Ministerio de la Protección Social
45. Datos del Ministerio de la Protección Social . Informe de actividades al Congreso de la República año 2004-2005
46. Decreto 2280 de 2004 . Ministerio de la Protección Social
47. Resolución 2228 de 2004 . ministerio de la Protección Social
48. Resolución 1149 de 2006 . Ministerio de la Protección Social
49. Decreto 2241 de 1986. Código Electoral. República de Colombia
50. Evaluación a la base de datos del régimen subsidiado periodo contractual 2000-2001” de la secretaría distrital de salud-fondo financiero distrital de salud
51. La tutela y el derecho a la Salud. Causas de la tutela en Salud. Defensoría del Pueblo
52. Informe de auditoría gubernamental con enfoque integral- evaluación a la base de datos del régimen subsidiado – modalidad especial período 2001-2002. Contraloría Distrital
53. Proceso de Auditoría de la depuración de base de datos del Régimen Subsidiado para la vigencia 2001. Centro de Investigación para el desarrollo. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia –2005
54. Informe de actividades al Honorable Congreso de la República, periodo 2004-2005 . Ministerio de la Protección Social . República de Colombia
55. Informe final , Auditoría Gubernamental con enfoque integral, modalidad especial. Evaluación base de datos del Régimen subsidiado periodo año 2001-2002. Contraloría de Bogotá, D.C.
56. Informe final de auditoria gubernamental con enfoque integral modalidad regular secretaria distrital de salud - fondo financiero distrital de salud vigencia auditada 2004, Contraloría de Bogotá, D.C.
57. Análisis de la situación actual. Diagnostico del Sistema de Salud. Fundación Hospital San Carlos – Año 2005
- 58 . Franco, S, Ochoa, D. Y Hernandez, M. La promoción de la salud y la seguridad social.corporación Salud y Desarrollo. Bogotá. 1995

59. Datos del Ministerio de la Protección Social a Diciembre 31 de 2005. Republica de Colombia
60. Ley 715 de 2001, artículo 46 . República de Colombia
61. Resolución 890 de 2002. Ministerio de Salud. República de Colombia
62. Decreto 1283 de 1996. Ministerio de Salud
63. Decreto 050 de 2003 .Ministerio de la Protección Social
64. Acuerdo 253 de 2003. Ministerio de la Protección Social
65. Decreto –Ley 1281 de 2002 . Ministerio de la Protección Social
66. Decreto –Ley 205 de 2003 Ministerio de la Protección Social
67. Resolución 195 del 2005. Ministerio de la Protección Social
68. Decreto 3615 del 10 de Octubre del 2005 .Ministerio de la Protección Social
69. Decreto 1755 de 2002 .Ministerio de Salud
70. Decreto 1665 de 2002. Ministerio de Salud
71. Decreto 205 de 2003 .Ministerio de la Protección Social
72. Decreto 1750 de 2003 . Ministerio de la Protección Social
73. Ley 828 de 2003. República de Colombia
74. Ley 691 de 2001 .República de Colombia
75. Ley 530 de 1999. República de Colombia
76. Decreto 3344 de 2003. Ministerio de la Protección Social
77. Decreto 163 de 2004. Ministerio de la Protección Social
78. Decreto 515 de 2004. Ministerio de la Protección Social
79. Decreto 2309 de 2002 . Ministerio de Salud
80. Decreto 536 de 2004. Ministerio de la Protección Social
81. Acuerdo 291 de 2005 del CNSSS. Ministerio de la Protección Social
82. Decreto 3260 de 2004 .Ministerio de la Protección Social
83. Acuerdo 290 de 2005 del CNSSS. Ministerio de la Protección Social

84. Acuerdo 289 de 2005 del CNSSS. Ministerio de la Protección Social
85. Decreto 2193 de 2004. Ministerio de la Protección Social
86. Decreto 1931 de 2006. Ministerio de la Protección Social
87. Resolución 1149 de 2006. Ministerio de La Protección Social
88. Decreto 159 de 2002. Ministerio de Salud