

Documentos de trabajo PROESA

CAMBIOS EN LA REGULACIÓN DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA: BREVE RESUMEN.

Sergio I. Prada, MPA, PhD
Sharon Cáceres
Documentos PROESA #16

**CAMBIOS EN LA REGULACIÓN DE AFILIACIÓN AL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
DE COLOMBIA: BREVE RESUMEN**

Sergio I. Prada, MPA, PhD

Sharon Cáceres

Documentos PROESA #16

DOCUMENTOS PROESA

ISSN: 2256-4128

Agosto de 2017

Comité Editorial:

Ramiro Guerrero, Ms

Sergio I. Prada, PhD

Victoria E. Soto, PhD

Yuri Takeuchi, MD

PROESA – Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud
Cl 18 # 122-135 Universidad Icesi Casa Rocha segundo piso
Tel: +57(2)3212092 Cali Colombia
www.icesi.edu.co/proesa/es/

CHANGES IN ENROLLMENT RULES IN THE COLOMBIAN HEALTH CARE SYSTEM: BRIEF SUMMARY

Sergio I. Prada¹ MPA, PhD

Sharon Cáceres²

August, 2017

Abstract

The present document aims to do a recount, a brief history, of the most important legislative changes in rules regulating transfers between and enrolment to Health Maintenance Organizations in Colombia, and mobility between the Subsidized and Contributive schemes. Government regulation from 1990s to 2015 was reviewed. We found that for almost 20 years regulation had little variation, but from 2013 onwards deeper changes began.

Key words: Transfers, Mobility, Enrolments, Decree.

JEL Classification: H55, I18, K32

¹ Director (E) at PROESA & Professor Universidad Icesi, Facultad Ciencias Administrativas y Económicas, Departamento de Economía.

² Research Assistant, PROESA.

CAMBIOS EN LA REGULACIÓN DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA: BREVE RESUMEN

Sergio I. Prada³ MPA, PhD

Sharon Cáceres⁴

Agosto, 2017

Resumen

Este documento presenta los cambios más importantes en materia legislativa en cuanto a traslados y afiliación, entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, y movilidad, entre Regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Se usó como fuente de información las leyes y decretos emitidos por el Gobierno nacional, desde la Ley 100 de 1993 hasta la fecha. Se encontró que la regulación en materia de afiliaciones permaneció estable con ligeras modificaciones hasta 2013, después de este año el sistema ha tenido cambios profundos.

Palabras clave: Traslados, Movilidad, Afiliaciones, Decreto.

Clasificación JEL: H55, I18, K32

³ Director (E) PROESA y Profesor Universidad Icesi, Facultad Ciencias Administrativas y Económicas, Departamento de Economía.

⁴ Asistente de Investigación. PROESA.

Contenido

1	Introducción	7
2	Historia de cambios en la regulación de afiliaciones en el SGSSS	8
2.1	Decreto 1485 de 1994	9
2.1.1	Disposiciones generales para todos los afiliados	9
2.1.2	Disposiciones específicas para cotizantes	10
2.1.3	Disposiciones específicas para beneficiarios	10
2.1.4	Disposiciones para traslados	10
2.2	Decreto 806 de 1998	11
2.2.1	Disposiciones generales para todos los afiliados	11
2.2.2	Disposiciones específicas para cotizantes	12
2.2.3	Disposiciones para traslados	12
2.3	Decreto 047 de 2000	13
2.3.1	Disposiciones generales para todos los afiliados	13
2.3.2	Disposiciones específicas para cotizantes	13
2.3.3	Disposiciones para traslados	14
2.4	Decreto 1703 de 2002	15
2.4.1	Disposiciones generales para todos los afiliados	15
2.4.2	Disposiciones específicas para cotizantes	15
2.4.3	Disposiciones específicas para beneficiarios	16
2.5	Decreto 2400 de 2002	16
2.5.1	Disposiciones específicas para cotizantes	16
2.5.2	Disposiciones de movilidad	16
2.6	Ley 1122 de 2007	17
2.7	Decreto 3974 de 2009	17
2.8	Decreto 3047 de 2013	18
2.8.1	Disposiciones específicas para cotizantes	18
2.8.2	Disposiciones de movilidad	19
2.9	Decreto 2353 de 2015	20
2.9.1	Disposiciones generales para todos los afiliados	20
2.9.2	Disposiciones específicas para cotizantes	20

2.9.3	Disposiciones para traslados	21
2.9.4	Disposiciones de movilidad	22
3	Resumen de cambios de la legislación	23
4	Conclusiones	25

1 Introducción

Una de las funciones de toda Entidad Promotora de Salud (EPS) es promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del Régimen Contributivo (RC) o del Régimen Subsidiado (RS), garantizando la libre escogencia del usuario y remitiendo al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, las novedades laborales, recaudos por cotizaciones, desembolsos por el pago de la prestación de servicios, entre otros.

La afiliación al Sistema es obligatoria para todos los habitantes del país salvo para aquellas personas que cumplan los requisitos para pertenecer a uno de los regímenes exceptuados o especiales establecidos legalmente; para aquellos que carezcan de vínculos con algún empleador o no tengan capacidad de pago, corresponde al Estado facilitar su afiliación a través de las Entidades Territoriales (ET). La afiliación ante cada EPS se realiza una sola vez mediante el diligenciamiento del formulario físico o electrónico que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. A partir del 2015 esta inscripción también se puede realizar de manera electrónica por medio del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT).

Las EPS están obligadas a garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) a cualquier persona que desee afiliarse, pague la cotización y obtenga el subsidio correspondiente de acuerdo con lo previsto en la ley y en sus normas reglamentarias. Si se trata de personas vinculadas a la fuerza laboral mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, la selección de EPS por éstos deberá ser informada por escrito al empleador al momento de su vinculación.

El proceso que se efectúa cuando un afiliado desea cambiarse de EPS se denomina **traslado**, y cuando deba cambiarse de Régimen se denomina **movilidad**. Desde la década de los noventa se han venido presentando diversos cambios. Inicialmente, el traslado podía hacerse una vez finalizado un año de afiliación continua contado a partir de la fecha de vinculación. En la medida que se presentaron distintas situaciones y problemas entre los afiliados y las EPS, la legislación cambió con el fin de proteger los derechos de éstos y de garantizar el principio de la libre escogencia.

Los términos utilizados en el presente documento tienen la siguiente significación: **Afiliado**, es la calidad que adquiere una persona una vez ha realizado su afiliación al SGSSS. **Cotizante**, es aquella persona que tiene capacidad de pago, es decir, vinculada mediante contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados, jubilados y trabajadores independientes con capacidad de pago que deben afiliarse al RC. Los cotizantes deben hacer un aporte mensual a una EPS para que ésta les garantice la administración del POS. Se le llama **afiliado cabeza de familia** a aquellas personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I o II del Sisbén que deben realizar su afiliación al RS. Cada uno de los dos anteriores (cotizante y afiliado cabeza de familia) será el responsable de realizar la afiliación de su núcleo familiar de acuerdo a la ley, y éstos quedarán inscritos en calidad de **beneficiarios**.

El SAT se define como un conjunto de procesos, procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo que dispondrá el Ministerio de Salud y Protección Social para registrar y consultar, en tiempo real, los datos de información básica y complementaria de los afiliados y sus novedades en el SGSSS.

El objetivo de este documento es resumir de manera breve y concisa los cambios ocurridos en materia de afiliación, movilidad y traslado, desde la década de los noventa hasta la actualidad en el SGSSS de Colombia. El propósito es servir de referencia para estudiantes e investigadores.

Para mayor claridad de exposición se describen las diferentes normas en orden cronológico y se describen por tipo de afiliación.

2 Historia de cambios en la regulación de afiliaciones en el SGSSS

Desde la creación del SGSSS por parte de la Ley 100 de 1993, la afiliación al Sistema para cada habitante de Colombia siempre se ha considerado obligatoria. La condición principal que existía para efectuar un traslado de una EPS a otra, era la de cumplir un tiempo de afiliación mínimo de 1 año con la misma EPS. Cualquier entidad que con conocimiento aceptaba a un afiliado que no hubiese cumplido el mínimo periodo de permanencia, debía responsabilizarse con el afiliado por los gastos en que haya incurrido el SGSSS independientemente de las sanciones que impusiera la Superintendencia de Salud. Los cambios más importantes en la legislación fueron definidos por el decreto 3047 de 2013 y el 2353 de 2015. A partir de estos

decretos, comenzó a regularse y a diferenciarse los traslados (entre EPS) de la movilidad (entre regímenes). En esta sección presentamos los cambios más importantes en las reglas de juego de la afiliación en Colombia.

2.1 Decreto 1485 de 1994

Las disposiciones iniciales de afiliación y traslados del modelo de sistema de salud planteado por la Ley 100 de 1993 fueron definidas con este decreto. Éste buscaba regular la organización y funcionamiento de las EPS y la protección al usuario en el SGSSS para así promover la afiliación de los individuos al mismo. Para lograr lo anterior era necesario administrar el riesgo en salud de los afiliados procurando disminuir la ocurrencia de eventos de enfermedad, evitando la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas para el Sistema, movilizandolos recursos para el funcionamiento de éste mediante el recaudo de las cotizaciones por el FOSYGA y organizando la prestación de los servicios de salud en el POS.

Para verificar que la capacidad de cada EPS fuera la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados era necesario gestionar y coordinar la oferta de servicios de salud (directamente o a través de Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS), implementar sistemas de control de costos, formas de informar y educar a los usuarios para el uso adecuado del Sistema, establecer procedimientos de garantía de calidad para la atención integral y tener el listado de aquellas IPS a través de las cuales se organizaría la prestación del POS.

Se buscaba que las EPS se abstuvieran de ofrecer incentivos para lograr la renuncia del afiliado, de utilizar mecanismos de afiliación que discriminasen a cualquier persona por causa de su estado previo de salud o de terminar en forma unilateral la relación contractual con sus usuarios.

2.1.1 Disposiciones generales para todos los afiliados

La norma dispuso la obligatoriedad de las EPS de aceptar todas las afiliaciones. Este principio buscaba contrarrestar el fenómeno de “selección de riesgos” implícito en cualquier esquema de aseguramiento, según el cual, las aseguradoras buscan no afiliar a las personas con mayor probabilidad de riesgo. Las EPS sólo podían rechazar una afiliación cuando carecieran de los recursos técnicos que les permitiesen organizar el servicio en la residencia del afiliado, o en el evento en que su capacidad de afiliación registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud

se encontrara agotada. Ésta última entendida como la capacidad máxima frente a los volúmenes de afiliación proyectados, es decir, el número máximo de afiliados que pueden ser atendidos con los recursos previstos conforme a la red de prestadores de servicios de salud, la infraestructura administrativa, la capacidad técnico-científica y el área geográfica de cobertura de cada EPS.

2.1.2 Disposiciones específicas para cotizantes

El empleador de cada persona que se encontrara activa en el mercado laboral debía, de conformidad con la ley, realizar la afiliación de sus trabajadores a este Sistema. En el caso de personas con nuevos contratos o vinculación laboral, debían escoger al momento de su vinculación la EPS a la cual estarían afiliados, si pasado este término no la eligieron, el empleador escogía en su nombre la EPS y procedía a afiliarlos. Esta afiliación se consideraba válida por un periodo de tres meses que podía prolongarse hasta un año si el trabajador no manifestaba en ese periodo otra decisión.

2.1.3 Disposiciones específicas para beneficiarios

Los beneficiarios de la cobertura familiar podían acceder a los servicios del SGSSS siempre que todos los miembros familiares, cotizantes o no, se encontraran afiliados a la misma EPS. Se excluían casos de imposibilidad por razones legales o de hecho para mantener la unidad familiar o por problemas relacionados con el lugar de residencia de sus integrantes.

2.1.4 Disposiciones para traslados

Como ya se había mencionado, el tiempo de afiliación mínimo dentro de una EPS era de un año. Sin embargo, las EPS y los afiliados podían acordar periodos de permanencia por término superior a un año en contraprestación por la atención de enfermedades sujetas a periodos mínimos de cotización, entendidas como las pertenecientes al alto costo, las cuales con la ley 100 de 1993 fueron definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Tabla 1 Enfermedades Alto Costo Ley 100

Enfermedades de Alto Costo Ley 100 de 1993
Patologías cardíacas
Patologías del sistema nervioso central
Reemplazo articular
Insuficiencia renal
Gran quemado
SIDA
VIH Positivo
Cáncer
Cuidados intensivos

Fuente: Elaboración propia

El afiliado que hiciera uso de los servicios organizados de salud para atender esta clase de procedimientos de alto costo debía permanecer, salvo mala prestación, por lo menos dos años en la respectiva EPS, sólo se podía trasladar después de dos años terminado su tratamiento.

2.2 Decreto 806 de 1998

Cuatro años después se expidió el primer conjunto de cambios a la regulación. Especialmente se destacan los ajustes en la misma para resolver problemas como multifiliaciones, entendidas como la situación en la que una misma persona aparece afiliada de manera simultánea en dos EPS a la vez.

Se buscó reglamentar el acceso a la Seguridad Social en Salud en todo el territorio nacional tanto como servicio público esencial como servicio de interés público a cargo de particulares o del mismo Estado, uno de los fines era mantener o recuperar la salud de los afiliados evitando el menoscabo de su capacidad económica.

2.2.1 Disposiciones generales para todos los afiliados

El decreto buscó aclarar que ninguna persona podía estar afiliada simultáneamente en ambos regímenes, ni estar afiliada en más de una EPS ostentando simultáneamente la calidad de cotizante o beneficiario. Esta situación se podía ver reflejada en diferentes situaciones cuando algún matrimonio (pareja) que cotizaba al RC donde cada parte pertenecía a diferente EPS, al momento de inscribir a sus beneficiarios inscribían a su compañero con la calidad de tal, lo que

resultaba en que ambos se encontraban afiliados como cotizantes y beneficiarios a la misma vez en distintas EPS.

2.2.2 Disposiciones específicas para cotizantes

Esta norma también definió el periodo de protección laboral, entendido como el derecho que tiene un trabajador a que le sigan siendo suministrados los servicios de salud en la respectiva EPS en la que se encuentra afiliado por un determinado tiempo, sea dependiente o independiente, ante el evento de terminación del contrato de trabajo o pérdida de la capacidad económica. Una vez suspendido el pago de la cotización, el trabajador y su núcleo familiar podían gozar de los beneficios del POS hasta por treinta días más contados a partir de la fecha de desafiliación siempre y cuando hubieran estado afiliados al Sistema como mínimo los doce meses anteriores. Cuando el usuario llevaba cinco años o más de afiliación continua a una misma EPS, tenía derecho a un periodo de protección laboral de tres meses contados a partir de la fecha de su desafiliación. Durante este periodo, al afiliado y a su familia sólo les eran atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia. Las atenciones adicionales o aquellas que superaban el periodo descrito, corrían por cuenta del usuario.

El decreto también aclaró que cuando el afiliado cotizante o pensionado y sus beneficiarios residían temporalmente en el exterior y reanudaban el pago de sus aportes dentro del mes siguiente a su regreso al país, se daba lugar a la interrupción de la afiliación sin pérdida de la antigüedad ni pago de los periodos por los cuales se interrumpía la cotización.

2.2.3 Disposiciones para traslados

Cuando el afiliado se trasladaba de EPS, en el formulario de registro de novedades y traslados definido por la Superintendencia Nacional de Salud debía quedar consignado que esta decisión había sido tomada de manera libre y espontánea. Para la decisión anterior existían las siguientes reglas especiales:

- Las personas sólo podían trasladarse de EPS una vez cancelados doce meses de pagos continuos, este periodo no era tenido en cuenta cuando se presentaban casos de deficiente prestación o suspensión de servicios.

- Los cotizantes que incluían beneficiarios en fecha diferente a aquella en la cual se produjo su afiliación a la EPS, debían permanecer el tiempo que fuera necesario para que cada uno de sus beneficiarios cumpliera el tiempo señalado, excepto en el caso de recién nacidos.

Para el traslado el afiliado debía presentar una solicitud previa a la nueva EPS en no menos de treinta días calendario de anticipación, copia de ésta debía ser entregada al empleador. El traslado de entidad administradora producía efectos sólo a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud. Es decir, si esta solicitud era presentada el día 18 de enero, cobraba efectos a partir del 1 de marzo del mismo año (2 meses después). El traslado de un trabajador independiente que se haya retirado de una EPS, adeudando sumas por conceptos de cotizaciones o copagos, era efectivo en el momento en que cancelaba sus obligaciones pendientes con el SGSSS a la EPS en la cual se encontraba.

2.3 Decreto 047 de 2000

Entrando en el nuevo milenio se publica el decreto 047, con él se buscaba tener una mejor regulación de las afiliaciones al Sistema, se buscaba que los criterios de éstas fueran más rigurosos y se velaba porque cada EPS realizara un genuino acompañamiento al afiliado en todo tiempo, aún para el caso en que se diera un traslado.

2.3.1 Disposiciones generales para todos los afiliados

Este decreto buscó de igual manera establecer una forma para resolver problemas asociados con multifiliaciones. Se dispuso que, cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes fueran afiliados cotizantes en el Sistema, debían estar vinculados a la misma EPS y los miembros del grupo familiar sólo podían inscribirse en cabeza de uno de ellos.

2.3.2 Disposiciones específicas para cotizantes

Si se presentaba el caso en el que un afiliado dejaba de pagar sus cotizaciones al Sistema, existía una regla adicional para aplicar normas sobre periodos mínimos de cotización y pérdida de antigüedad para el afiliado. Ésta establecía que la EPS podía mantener, como política de la entidad, a todos sus afiliados la calidad de tal hasta por seis meses de no pago de cotización una vez reportada la novedad de no pago, en este caso el afiliado no perdería la antigüedad en

el Sistema y si finalizado este periodo no se realizaban los debidos aportes, se haría efectiva la desafiliación de la EPS y la pérdida de antigüedad. Durante los seis meses el afiliado se encontraría en estado suspendido y no se le prestaría ninguna clase de servicio. Si el afiliado no reportaba la novedad, estaría “suspendido por mora” y contados 4 meses se haría efectiva la desafiliación y además tendría pérdida de antigüedad. En ese momento pasaba dentro del Sistema al estado “retirado”.

Los estados de afiliación en que se podía encontrar un afiliado eran los siguientes:

Tabla 2 Clasificación Estados de Afiliación

Estados de Afiliación	
AC	Activo
RE	Retirado
AF	Afiliado fallecido
DE	Desafiliado
SU	Suspendido (incluidos: IH interrupción por periodo de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo, IS interrupción por suspensión disciplinaria o licencia no remunerada servicios públicos)
RX	Afiliación interrumpida por viaje al exterior

Fuente: Elaboración propia

Esta clasificación sigue vigente hasta el momento.

2.3.3 Disposiciones para traslados

Con esta norma se cambió el requisito para el ejercicio del derecho de traslado en el RC, anteriormente era de 12 meses de permanencia mínima en la misma EPS, cambió a 18 meses para los nuevos usuarios a partir del 1 de marzo del mismo año. En ésta se establecía además que a partir del 2002 el plazo previsto sería de 24 meses, lo que efectivamente se implementó.

En cuanto a la responsabilidad de las EPS la norma establecía que cuando la causa de un traslado fuera el inadecuado cumplimiento de las obligaciones legales, la EPS receptora debía en primera instancia adelantar acciones legales contra la EPS de la cual se trasladaba el usuario, y además, debía continuar con aquellos procedimientos y tratamientos que no hayan sido culminados por la última, haciendo que la resolución de éstos terminara dándose de forma irregular.

2.4 Decreto 1703 de 2002

Este decreto se expidió con el objetivo de tomar medidas para promover y controlar la afiliación, mediante la presentación de diversos documentos que acreditaran las condiciones legales de los integrantes del núcleo familiar, y el pago de aportes en el SGSSS garantizando los recursos que permitiesen desarrollar la universalidad de la afiliación. De igual manera, el Ministerio buscaba establecer un manejo centralizado de los documentos que acreditaran la calidad e identificación de los afiliados para así originar un adecuado acceso, movilidad y desafiliación al SGSSS; también buscaba un manejo centralizado de los documentos que acreditaran la calidad e identificación de las EPS, quienes podrían acordar entre ellas los dos anteriores manejos.

2.4.1 Disposiciones generales para todos los afiliados

Con el fin de poder realizar una afiliación del grupo familiar al Sistema, varios documentos eran requeridos para tal motivo. Registro de matrimonio, registro civil, certificados educativos, entre otros. Esta inscripción se hacía mediante el diligenciamiento del formulario que determinaba la Superintendencia de Salud, anteriormente no se especificaba en la norma la obligatoriedad en la presentación de estos documentos.

2.4.2 Disposiciones específicas para cotizantes

Se introdujeron cambios a las reglas de desafiliación al Sistema para cotizantes. Ésta ocurría en la EPS en la cual se encontraba inscrito el afiliado cotizante y su grupo familiar en los siguientes casos:

- Transcurridos tres meses continuos de suspensión de la afiliación por causa del no pago de las cotizaciones o del no pago de la UPC adicional al SGSSS.
- Cuando el trabajador dependiente o independiente perdía su capacidad de pago e informaba oportunamente a la EPS a través del reporte de novedades.

Ninguna persona podía quedar por fuera del Sistema, pues como se mencionó anteriormente, la afiliación a éste desde la década de los noventa se ha considerado obligatoria. Si la persona

incurría en las situaciones anteriores quedaba desafiada de la EPS y se encontraría en el Sistema en estado retirado.

2.4.3 Disposiciones específicas para beneficiarios

La norma también introdujo cambios a las reglas de desafiación para beneficiarios. Para éstos la desafiación ocurría en la EPS cuando transcurrían tres meses de suspensión y no se entregaban los soportes de la afiliación requeridos por la EPS. En caso de fallecimiento del cotizante, también se producía la desafiación de sus beneficiarios si no se procedía por ningún medio a reportar la novedad a la EPS.

2.5 Decreto 2400 de 2002

El propósito con el cual esta legislación fue expedida fue para mejorar en diversos aspectos el decreto 1703 del mismo año, ésta aclaró aspectos relativos a la movilidad dentro del marco de la universalidad en la afiliación, delimitó factores relacionados a la afiliación de miembros adicionales del grupo familiar y a las situaciones de desafiación en una EPS.

2.5.1 Disposiciones específicas para cotizantes

Se buscó agregar casos a los ya existentes (Disposiciones específicas para cotizantes, Decreto 1703 de 2002) que de igual manera trajeran como consecuencia la desafiación a la EPS, éstos eran:

- Cuando la EPS comprobaba la existencia de una situación que diera fin a la calidad de afiliado y cuya novedad no haya sido reportada.
- Cuando la Superintendencia de Salud definía quejas o controversias de multifiliación.

2.5.2 Disposiciones de movilidad

Cuando la persona desafiada adquiría capacidad de pago antes que operase la pérdida de antigüedad, debía reingresar a la misma EPS a la cual se encontraba afiliada si no cumplía con los requisitos para ejercer el derecho de movilidad (estar focalizada en los niveles I y II del Sisbén o ser parte de una población definida como especial) y trasladarse a una EPS del RS. Cuando se presentaba desafiación por mora en el pago de aportes, la persona debía afiliarse

nuevamente a la EPS en la cual se encontraba vinculada y pagar la totalidad de los aportes adeudados al Sistema con sus intereses correspondientes.

2.6 Ley 1122 de 2007

Iniciando el 2007 se realizaron diversos ajustes al SGSSS buscando una mejora en la prestación de servicios de salud. Estas reformas estuvieron encaminadas hacia aspectos de dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del Sistema. Entre éstas se destacó la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) con el fin de que este organismo propiciara el cumplimiento de los objetivos de la presente ley.

Se destaca entre los ajustes realizados para lograr la permanencia en el Sistema, la disposición de que los afiliados al RS que ingresaran al RC debían informar a la respectiva ET para que procediera a suspender su afiliación, la cual se mantendría por un año, término dentro del cual podía ser reactivada.

Otra de las reformas que se resalta es el cambio nuevamente en el requisito para el ejercicio del derecho de traslado en el RC, volvió a una permanencia mínima de un año en la EPS en la cual se encontrara el afiliado.

2.7 Decreto 3974 de 2009

A partir del 2007 se creó la Cuenta de Alto Costo (CAC) con el decreto 2699, ésta buscaba que los incentivos a la selección de riesgos disminuyeran junto con un aumento en la solidaridad en las EPS. Lo anterior se conseguía por medio de un mecanismo de distribución de recursos *expost* basado en la prevalencia de las enfermedades crónicas por aseguradora, redistribuyendo de esta manera los recursos de las que tienen menos pacientes con esta clase de enfermedades a las que tienen más.

Entre los objetivos de este decreto estaba definir específicamente las enfermedades ruinosas y catastróficas y las enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo, igualmente se definieron las actividades de protección específica, detección temprana y debida atención de éstas, listadas a continuación:

Tabla 3

Enfermedades de Alto Costo
Cáncer de cérvix
Cáncer de mama
Cáncer de estómago
Cáncer de colon y recto
Cáncer de próstata
Enfermedad Renal Crónica (ERC)
Leucemia linfoide aguda
Leucemia mieloide aguda
Linfoma hodgkin
Linfoma no hodgkin
Epilepsia
Artritis reumatoidea
Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Fuente: Elaboración propia

2.8 Decreto 3047 de 2013

Los grandes cambios en traslados, afiliación y movilidad comenzaron a darse a partir de este decreto, se dieron en especial en el área de movilidad entre regímenes debido a la unificación del POS. Se buscaba una mayor cobertura para los afiliados al SGSSS, por lo que se veía necesario garantizar la continuidad del aseguramiento frente a la vinculación temporal al RC en labores temporales o intermitentes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén o pertenecientes a poblaciones especiales, disminuyendo de esta manera las repercusiones que se pudieran presentar en su situación económica. Estas personas tenían la facultad de migrar del RS al RC y viceversa con todo su grupo familiar sin necesidad de efectuar un nuevo proceso de afiliación y permaneciendo en la misma EPS.

Para cumplir lo anterior, a partir de este decreto las EPS administrarían simultáneamente afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado, podían hacer aglomeración y distribución de riesgos sin diferenciar regímenes.

2.8.1 Disposiciones específicas para cotizantes

Cuando una persona previamente afiliada al RS adquiría capacidad de pago o se vinculaba laboralmente o tenía una relación contractual generadora de ingresos que le imponía la

obligación de estar en el RC pero deseaba mantenerse en la misma EPS del RS, podía hacerlo. En este evento, la persona y su núcleo familiar recibían todos los beneficios del RC incluidas las prestaciones económicas adicionales (la más importante de todas es la incapacidad de maternidad) para el cotizante.

Cuando una persona afiliada al RC perdía la calidad de cotizante o de beneficiario de dicho régimen y se encontraba focalizada en los niveles I y II del Sisbén o hacía parte de una población especial, la EPS del RC en la que se encontraba debía garantizarle la continuidad en el aseguramiento. Para el efecto, recibida la novedad de retiro por parte del empleador o trabajador independiente, la EPS debía reportar la novedad de movilidad al administrador de la BDUA. Anteriormente, esta opción no existía y el individuo debía realizar un traslado a una EPS del RS; con la nueva modificación se daba la posibilidad de efectuar una movilidad entre regímenes para asegurar la continuidad del aseguramiento del individuo con labores intermitentes pertenecientes a las categorías establecidas anteriormente.

2.8.2 Disposiciones de movilidad

Se permitía la posibilidad de migrar al régimen distinto al que se estaba sin que ello originase la suspensión del servicio o la obligación a cambiar de EPS. Se estableció que los afiliados al RS podían permanecer en éste aun cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente, en este caso, los empleadores o los afiliados pagaban los aportes que debían pagar en el RC a la misma EPS y eran compensados mensualmente a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA. Dicho en otras palabras, las EPS podían administrar afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado al mismo tiempo.

Cada EPS, dependiendo del régimen donde estuviera habilitada para operar, podía administrar hasta el 10% de sus afiliados pertenecientes al otro, esto para dar solución en continuidad frente al aseguramiento en salud a aquellas personas que por cambios o intermitencias en sus condiciones socioeconómicas debían moverse de un régimen a otro y no querían cambiar de EPS. Cuando un afiliado pasaba del RS al RC dentro de la misma EPS, ésta debía garantizarle la continuidad en la prestación de los servicios del POS de manera integral desde el primer día, el afiliado podía acceder a todos los servicios de salud del POS desde la fecha de su afiliación o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad, es decir, a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud.

2.9 Decreto 2353 de 2015

Con este decreto se buscó adoptar medidas que garantizaran la continuidad de la atención de acuerdo al cumplimiento de la Ley Estatutaria ampliando aquello que pudiese faltar en el decreto anterior. Para reducir y hacer más ágiles y efectivos los trámites, para unificar y simplificar las reglas de afiliación, se creó el SAT. Sin embargo, algunas de las disposiciones del presente decreto estaban sujetas a un periodo de transición hasta tanto entrase en operación este sistema. El SAT fue creado con el fin de promover los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad que componen el servicio de salud y seguridad social obligatorio para todos los habitantes de Colombia en todas las etapas de su vida.

De igual manera se buscaba formular y adoptar políticas de salud en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, garantizando el acceso a los servicios del POS indistintamente de la capacidad de pago del afiliado, persiguiendo de esta manera el objetivo de una ordenada coordinación de las acciones entre todos los agentes del Sistema.

Todas las acciones guiadas a negar la afiliación o a desviarla a otra EPS, así como promover el traslado de sus afiliados, se consideraban como una práctica violatoria al derecho de la libre escogencia.

2.9.1 Disposiciones generales para todos los afiliados

La desafiliación al Sistema sólo se producía por el fallecimiento del afiliado. Si se daba la situación de que una persona cumplía con los requisitos para pertenecer al RS y rehusaba afiliarse, la ET procedía a inscribirla en una EPS que operara en el municipio dentro de los cinco primeros días del mes y posteriormente, le comunicaría dicha inscripción. La persona de igual manera podía ejercer su derecho a la libre escogencia trasladándose a la EPS de su preferencia dentro de los dos meses siguientes.

2.9.2 Disposiciones específicas para cotizantes

Se terminaba la inscripción en una EPS cuando el afiliado se trasladaba a otra, cuando el afiliado cotizante y su núcleo familiar fijaban su residencia fuera del país y reportaban la novedad correspondiente a la EPS o a través del SAT o cuando el trabajador independiente o dependiente no contaran con los recursos para seguir cotizando en el Sistema y se hubiere

agotado el período de protección laboral, o el mecanismo de protección al cesante, y no operase la movilidad entre regímenes.

Las condiciones para la protección laboral no se vieron modificadas (ver Sección 2.2.2), una vez agotado este periodo, si el afiliado consideraba que cumplía con los requisitos para ser beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante, una vez establecida la solicitud, debía registrar en el SAT tal circunstancia. Si se otorgaba este mecanismo, el afiliado cotizante y su grupo familiar mantenían la continuidad de la prestación de los servicios que venían recibiendo y también de las prestaciones económicas para el afiliado.

2.9.3 Disposiciones para traslados

Encontrarse inscrito en la misma EPS por un periodo mínimo de trescientos sesenta días continuos o discontinuos contados a partir del momento de la inscripción era la condición principal para que se diera un traslado, el periodo mínimo de permanencia para tener derecho al traslado comenzó a exigirse respecto del cotizante o cabeza de familia, no de los beneficiarios. Hasta tanto entrara en operación el SAT, la solicitud del traslado se efectuaba en el formulario físico que adoptaba el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando el cabeza de familia inscrito en una EPS del RS adquiría las condiciones para cotizar en el RC y no había cumplido el periodo de permanencia para el traslado, éste y su núcleo familiar debían mantener su inscripción en la misma EPS como afiliados al RC. Igualmente, cuando se encontraba como cotizante en el RC y perdía tal calidad y no había cumplido el término de permanencia para el traslado, debía mantener su inscripción en la misma EPS como afiliado en el RS. Si previo a que surta la efectividad del traslado se presentaba una internación en una IPS, la efectividad del traslado se suspendería hasta el primer día calendario del mes siguiente. Además, ésta surtía efecto a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de traslado en el SAT si se realizaba dentro de los primeros cinco (5) días del mes, si este registro se realizaba posteriormente a los cinco (5) primeros días, se hacía efectivo a partir del primer día calendario del mes subsiguiente a la fecha de registro. En el primer caso, si una persona registraba la novedad de traslado el 4 de julio, el 1 de agosto se hacía efectiva, para el segundo caso, si se registraba el 6 de julio, el 6 de agosto cobraba efectividad.

Todas las afiliaciones nuevas entre regímenes se convirtieron en traslados, puesto que alguna vez estuvieron inscritos en el SGSSS. Afiliaciones nuevas sólo serían:

- Personas provenientes del exterior.
- Recién nacidos.
- Si nunca estuvieron registrados en el Sistema.

Dado que en el SGSSS la elección de EPS se hace directamente por el afiliado de manera libre y voluntaria, el registro de la solicitud de traslado por parte del afiliado cotizante podía efectuarse en cualquier día del mes.

2.9.4 Disposiciones de movilidad

Cuando un afiliado perteneciente al RS adquiría un vínculo laboral con una duración inferior a doce meses y la EPS del RC a la cual quería trasladarse no tenía red prestadora en el municipio en el cual le practicaron la encuesta Sisbén, debía permanecer en la misma EPS del RS y registrar la novedad de movilidad (este control se efectuaría a través del SAT). Estos afiliados podían cambiar de un régimen a otro con su núcleo familiar sin solución de continuidad manteniendo su inscripción en la misma EPS.

La novedad de movilidad del RC al RS producía efectos a partir del día siguiente al vencimiento del periodo de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante si el afiliado tuviere derecho a ellos, de lo contrario, a partir del día siguiente al vencimiento del periodo o días desde que se efectuó la última cotización. Esta novedad de igual manera debía ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de las pérdidas de las condiciones para seguir cotizando, y a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del periodo de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante. La novedad de movilidad del RS al RC producía efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la novedad al SAT.

No había lugar a la movilidad y debía realizarse el traslado de EPS entre regímenes diferentes cuando:

- El afiliado y su núcleo cambiaran de lugar de residencia y la EPS donde se encontraran no tuviera cobertura geográfica en dicho municipio.
- Cuando la terminación del vínculo laboral o contractual del trabajador dependiente o independiente, agotado el periodo de protección laboral o el

mecanismo de protección al cesante, no reuniera las condiciones para seguir como cotizante, afiliado adicional o beneficiario.

- Cuando no se registrara la novedad de movilidad.

En cuanto a la Cuenta de Alto Costo (CAC), para el 2015, un afiliado que accediera a esta clase de procedimientos podía trasladarse en cualquier condición y en cualquier momento, la única excepción era cuando estuviera hospitalizado, se corría la fecha de vigencia en el traslado hasta treinta días.

3 Resumen de cambios de la legislación

A continuación se resumen los principales cambios de la legislación.

CAMBIOS IMPORTANTES	
Decreto	Periodo mínimo de permanencia para Traslados
1485 de 1994	12 meses
047 de 2000	18 meses y 24 a partir de 2002
Ley 1122 de 2007	12 meses
2353 de 2015	360 días continuos o discontinuos
Decreto	Período mínimo de permanencia para Traslados - CAC
1485 de 1994	Usuarios quedaban amarrados por tiempo casi ilimitado a la entidad con la cual comenzaron su tratamiento en curso
2353 de 2015	12 meses
Decreto	Período mínimo de permanencia para Traslados - afiliados con beneficiarios
806 de 1998	Si estaban afiliados en fecha diferente a la del cotizante o afiliado cabeza de familia - se debía permanecer el tiempo requerido para que cada uno cumpliera el año
2353 de 2015	El tiempo de permanencia comenzó a exigirse únicamente respecto del cotizante o cabeza de familia
Decreto	Regulación Movilidad
Antes de 2013	El Contributivo primaba sobre el Subsidiado, debía cambiarse de EPS la persona si adquiría contrato laboral y estaba en el RS
3047 de 2013	Posibilidad de migrar al régimen distinto al que se estaba sin que ello originase suspensión del servicio o la obligación a cambiarse de EPS
Decreto	Periodo de protección laboral

806 de 1998	Una vez suspendido el pago de la cotización si el trabajador había estado afiliado por 12 meses tenía 30 días más de servicio, si había estado por 5 años o más tenía 3 meses más
2353 de 2015	Condiciones no se vieron modificadas - Una vez agotados los periodos descritos, el afiliado podía acceder al Mecanismo de Protección al Cesante
Nota: Sólo les eran atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o urgencias	
Decreto	Formas de reportar novedades/traslados
1485 de 1994	Formulario físico o electrónico que adoptase el Ministerio de Salud y Protección Social
806 de 1998	Formulario de registro de novedades y traslados definido por la Superintendencia Nacional de Salud
2353 de 2015	Sistema de Afiliación Transaccional (SAT)
Decreto	Solicitudes Traslados/Movilidad
806 de 1998	Para traslados - no menos de treinta días de anticipación - solicitud previa a la nueva EPS
2353 de 2015	El registro de la solicitud de traslado podía efectuarse en cualquier día del mes
	Para movilidad - debía ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de las pérdidas de las condiciones para seguir cotizando - a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del periodo de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante
Decreto	Efectividad del traslado/movilidad
806 de 1998	A partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud
2353 de 2015	La novedad de traslado - a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha de la suscripción si se presentaba dentro de los primeros (5) días del mes, si se realizaba posteriormente, a partir del primer día calendario del mes subsiguiente a la fecha de registro.
	La novedad de movilidad del RC al RS - a partir del día siguiente al vencimiento del período de protección laboral o mecanismo de protección al cesante. Del RS al RC - a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha de registro.
Nota: Si se adeudaban sumas por conceptos de cotizaciones o copagos el traslado era efectivo en el momento en que cancelaba sus obligaciones pendientes	

Fuente: Elaboración propia

4 Conclusiones

- Los cambios normativos que se han venido dando en traslados, afiliaciones y movilidad, fueron resultado de situaciones, problemas que fueron enfrentando los distintos actores involucrados en el Sistema en la búsqueda por brindar u obtener un mejor aseguramiento en salud.
- Con cada decreto el Gobierno buscó tener una mejor estrategia para lograr una acción coordinada entre éste, las instituciones, las entidades y la sociedad.
- Con las modificaciones dadas en el 2013 y 2015 se buscó garantizar la continuidad del aseguramiento para aquellas personas focalizadas en los niveles I y II del Sisbén que por cambios o intermitencias en sus condiciones económicas debían moverse de un régimen a otro.
- Se buscaba que cada persona pudiera escoger libremente aquella entidad que desease que le administrara el Plan Obligatorio de Salud acorde con sus necesidades y exigencias en estos servicios.

Acerca de PROESA

PROESA es un centro de estudios en economía de la salud fundado por la Universidad Icesi y la Fundación Valle del Lili. Hace investigación de alta calidad y genera evidencia relevante para la orientación de las políticas públicas en protección social y economía de la salud a nivel nacional e internacional.



Calle 18 No - 122-135, Universidad Icesi - Casa Rocha
Telefono: +57(2) 321-20-92
Cali - Colombia
www.icesi.edu.co/proesa/