

CIRCULAR EXTERNA No. 0035

(Octubre 19 de 1995)

PARA : CONSEJOS DIRECTIVOS, DIRECTIVOS ADMINISTRATIVOS Y REVISORES FISCALES DE LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR

DE : LUIS ALFREDO BAENA RIVIERE
SUPERINTENDENTE

ASUNTO : INVERSIONES EN SALUD POR PARTE DE LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR

De acuerdo en el artículo 4 del Decreto 1919/94, la afiliación al sistema de seguridad social en salud de hará a través de los regímenes contributivo y subsidiado. Según el artículo 6 ibídem el régimen contributivo se aplicará aquellas personas que se afilien mediante el pago de una cotización o un aporte económico previo, el cual es financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. Por otra parte el artículo 9 del Decreto citado, establece que el régimen subsidiado se aplicará a aquellas personas que se afilien a través del pago de una Unidad de pago por Capitación UPC subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Las Cajas de Compensación Familiar, dentro del régimen de seguridad social en salud, previsto por la Ley 100/93, podrán realizar inversiones dentro de las dos regímenes de la siguiente forma:

1. REGIMEN CONTRIBUTIVO

En este régimen, previsto en el esquema de seguridad social en salud, podrán realizar una o varias de las siguientes opciones, a través de las cuales pueden invertir recursos:

1.1 **Adoptar un programa en EPS** (Artículo 240 de la Ley 100/93), transformando un programa o dependencia preexistente en salud, para lo cual tuvieron, de acuerdo con el artículo 234 de la Ley 100/93, plazo hasta el 23 de diciembre de 1994, de expresar tal decisión ante la Superintendencia del Subsidio familiar. Esta opción les permitió a las Cajas operar, como EPS sin la necesidad de una personería jurídica diferente a la de Corporación.

1.2 **Constituir EPS**, (Artículo 181 de la Ley 100/93) mediante asociación o convenio, para lo cual no hay plazo definido. Dentro de ésta alternativa, podrán constituirlo por convenio entre cajas, caso en el cual, tanto la aprobación de los aportes, como la personería jurídica se las otorgará la Superintendencia del Subsidio Familiar, o podrán crearla por asociación con otras entidades, caso en que esta Superintendencia, sólo aprobará los aportes a efectuar. (Decreto 1485/94 artículo 3, numeral 1, inciso 4). En ambos casos la autorización de funcionamiento la otorgará la Superintendencia Nacional de Salud. (Los requisitos para estas inversiones están descritos en el numeral 5.4 de esta Circular).

1.3 **Adecuar su actual servicio de salud o establecerlo como IPS**, de conformidad con el artículo 185 de la Ley 100/93. No existe un plazo determinado para su creación o adecuación. Se les exige como principios básicos la calidad y la eficiencia y tener autonomía administrativa, técnica y financiera en su

funcionamiento, de acuerdo con el Decreto 1918/94, establecer las tarifas y declarar la capacidad de prestación de los servicios. Se debe tener presente que estas entidades están organizadas para la presentación de los servicios de salud en sus niveles de atención correspondiente. (Los requisitos para estas inversiones están descritos en el numeral 5.4 de esta Circular).

1.4 Prestar los servicios de salud a los familiares de sus afiliados, a que se refieren el inciso segundo del artículo 240 de la Ley 100/93, mientras no estén afiliadas a una EPS: El plazo determinado para este evento es el del régimen de transición, o sea que venció el 23 de diciembre del 1994, (Artículo 234 de la Ley 100 de 1993). Sin embargo, por razones de carencia de cobertura familiar del ISS, este plazo fue prorrogado hasta el mes de Septiembre/95, plazo que se encuentra actualmente vencido.

Por circular del 16 de diciembre de 1994, suscrita por los Ministerios de Salud y Trabajo, se dijo al respecto de este plazo:

... las cajas deberán garantizar la actual protección a sus beneficiarios a que se refiere el inciso segundo del artículo 69 de Decreto 1298 de 1994 (léase art.240 inciso segundo Ley 100/93), mientras éstos no se encuentren afiliados a una Entidad Promotora de salud E:P:S.

...mientras las cajas de compensación familiar, presten servicios subsidiados, en desarrollo de la expresado en el párrafo anterior, destinarán al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, únicamente la diferencia entre el porcentaje obligatorio para dicho régimen 5% o 10% y el costo de la atención prestada por éste concepto a los familiares que no estén afiliados al sistema.

Por la circular Externa No 0022, del 12 de Julio de 1995, mediante la cual se modificó la Circular Externa No 0014 del 4 de abril de 1995, ambas de esta Superintendencia, se determinó: "...como fecha limite para que las cajas de compensación familiar, pudieran seguir atendiendo a los familiares de sus afiliados se extendiere hasta la fecha en que estos familiares estén realmente afiliados al ISS..."

En esta ítem por regla general, con muy contadas excepciones, de debe establecer, que dado que la cobertura familiar del ISS, se está ofreciendo en la mayor parte del Territorio Nacional, el tiempo de transición ya terminó, por lo que la obligación de la cobertura radica en el usuario que debe proceder a afiliarse a su grupo familiar al ISS o la EPS de su elección. Si esto no se da, la responsabilidad de esta situación no radica en las cajas quienes no son las llamadas a responder, sino en el mismo usuario o en la EPS, (que puede ser ISS), por no solicitar o dar la cobertura familiar, cumpliendo los plazos legales.

Para el caso excepcional de las entidades de que trata el artículo 236 en concordancia con el 234 y 240 de la Ley 100 de 1993 (Cajas de Previsión. Fondos, Entidades de Seguridad Social de Sector público, empresas y entidades públicas que no ofrezcan cobertura familiar a sus usuarios) y que se encuentren afiliados a cajas de compensación familiar, estas garantizarán la actual protección a sus beneficiarios durante el régimen de transición que vence el 23 de diciembre de 1995.

2. REGIMEN SUBSIDIADO

Dentro de éste, las Cajas de Compensación, cuentan con dos posibilidades:

2.1 Administrar directamente los recursos del Régimen Subsidiado de Salud, en los términos del inciso segundo del artículo 217 de la Ley 100/93, el artículo 20 numeral 2º del Decreto 1895/94 y de las instrucciones de la Superintendencia Nacional de salud con las siguientes alternativas:

- Por Administración directa de los recursos del régimen Subsidiado. (5% o 10%), caso en el cual deberán crear un programa especial para su administración, constituir una cuenta independiente del resto de las rentas y bienes y reportar la ejecución correspondiente al Fondo de Solidaridad y Garantía; dividiendo el total de sus recursos obligatorios por la UPC-S, o por el valor parcial de la misma correspondiente al grupo de servicios del POS, ofrecido y prestado por las cajas de compensación en estos programas.

Para efectos de la distribución de los beneficiarios entre las cajas y otros administradores, las cajas concertarán con los respectivos alcaldes y gobernadores, el alcance de tal distribución.

Suscribir convenios de cofinanciación con las entidades territoriales a fin de recibir recursos adicionales de orden fiscal para ampliar coberturas (art. 26 de Decreto 1895/94).

Acceder a la subcuenta de Solidaridad del Fondo de solidaridad y Garantía a través de convenios de cofinanciación con las entidades territoriales en el FOSYGA, dentro de los cuales se estipulen en porcentajes o partes y de aquellas para ampliar las coberturas poblacionales o niveles de atención dentro del POS-S.

Cuando por convenio o por alguna otra modalidad, las cajas estén meneando recursos del Fondo de Solidaridad y garantía destinados al Régimen Subsidiado, podrán deducir de estos recursos, hasta un uno por ciento (1%), para la cooperación con las entidades territoriales en la práctica del SISBEN, previa aprobación del ordenador del gasto del Fondo de Solidaridad y Garantía.

2.2 Girar los recursos, de acuerdo al porcentaje establecido por el artículo 127. Primer inciso de la Ley 100/93, al FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA. El artículo 20, numeral 2 del Decreto 1895/94, en su última parte determinó que las cajas de compensación que no estén dentro de ninguna de las opciones descritas en el punto deberán girar los recursos al fondo.

Por instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud tales recursos se deben girar a la subcuenta del FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA que administra el consorcio FOSYGA y remitir dicha información a la Superintendencia Nacional de Salud, en los formatos y plazos establecidos.

3. OTRAS OPCIONES

De conformidad con la CIRCULAR del 16 de diciembre de 1994, expedida conjuntamente por los Ministerios de Salud y Trabajo y en el desarrollo del Decreto 1938/94 reglamentario de la Ley 100/93, se dan otras alternativas de inversión en salud para las Cajas:

d) Prestar los servicios de salud distintos a los previstos en el plan obligatorio de salud POS al tenor de la Ley 21 de 1982, exclusivamente para sus afiliados.

e) Desarrollar programas de medicina prepagada de conformidad con las normas pertinentes.

De lo anterior se infiere, que se les da a las cajas otras alternativas para participar dentro del sistema de seguridad social en salud:

3.1 Prestando a sus afiliados, de acuerdo con la Ley, servicios de salud distintos a los previstos en el POS: A este respecto el artículo 15 del Decreto 1938/94, define las exclusiones y limitaciones al POS, como "...todas aquellas actividades, procedimientos intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud..." y a continuación presenta una enumeración declarativa de exclusiones y limitaciones.

Estos servicios de salud no previstos en el plan obligatorio de salud POS se presentarán por parte de la cajas al tenor de la Ley 21 de 1982 y exclusivamente para sus afiliados. Así por tanto, cuando una caja pretenda prestar en forma subsidiada a sus afiliados, algunas de las actividades, procedimientos e intervenciones de las calificadas como exclusiones o limitaciones deberá acogerse en todo, a lo previsto por la Ley 21/82 y en especial al Decreto 0341/88 en lo pertinente a las inversiones, para lo cual requerirán concepto previo y favorable de esta Superintendencia. (Los requisitos para este tipo de inversiones se determinan en el numeral 5.4 de esta Circular)

3.2 Operando dependencias o programas de medicina prepaga. El Decreto 1570/93 en concordancia con el decreto 1486/94, por el cual se reglamentó la organización y funcionamiento de la medicina prepaga, define esta modalidad como "... el sistema organizado y establecido por entidades autorizadas ..., para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender o prestar directa o indirectamente estos servicios mediante el cobro regular de un precio pagado por anticipado por los contratantes..."

En el artículo 2 del Decreto 1570/93, referente a los requisitos para adelantar operaciones, señala que deberán constituir una de las tales entidades y obtener el certificado de funcionamiento de la Superintendencia Nacional de Salud. Dentro de este presupuesto, en el numeral 2 del mismo artículo, expresa que tal procedimiento será aplicable a las cajas de compensación familiar que pretendan operar dependencias o programas de medicina prepaga. Esta dependencia o programa debe ser con dedicación exclusiva a esta finalidad, sujeto a todos los requisitos y obligaciones de cualquier empresa de medicina prepaga y designar un funcionamiento responsable de la dependencia y ordenar que el manejo administrativo, médico, asistencial, presupuestal y contable, sea independiente de las demás actividades. (Parágrafo del artículo 5 ibídem).

El parágrafo del artículo 7 ibídem, mandó al respecto que las cajas de compensación que creen estos programas o dependencias deberán destinar y mantener en forma exclusiva un monto de recursos dedicados a esta finalidad.

Se tendrán como servicios de medicina prepaga, para todos los efectos legales, aquellos que contemplen uno o más de los servicios de: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta externa, general y especializada en medicina diagnóstica y terapéutica, hospitalización, urgencias, cirugía, exámenes de diagnóstico y odontología.

Estos servicios los podrán prestar en forma directa, a través de profesionales de la salud o instituciones de salud adscritas, o a través de la libre elección por parte del usuario según el artículo 6 Decreto 1570/93. (Los requisitos para este tipo de inversiones se encuentran en numeral 5.4 de esta Circular).

3.3 Prestar los planes complementarios, que se desarrollarán cumpliendo los requisitos de la medicina prepaga.

De acuerdo con el Decreto 1938/94 en su artículo 39, se entiende por plan de atención complementaria en salud "... el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral, no contemplados dentro de POS, ofrecidos bajo la modalidad de un prepago y cuya finalidad básica es ofrecer al afiliado al sistema de Seguridad Social de Salud, condiciones alternativas de comodidad, tecnología y hotelería."

El artículo 40 ibídem, señala que estos planes podrán ser ofrecidos por las EPS o por cualquier otra entidad que desee hacerlo, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en la normatividad vigente exigible para las empresas de medicina prepaga. El artículo 41 ibídem manda que la financiación de tales planes se hará exclusivamente en su totalidad con los recursos de los afiliados, lo que excluye de plano la posibilidad de que sean subsidiados por las cajas, pues de lo contrario, se estaría entrando en los terrenos de la competencia desleal y de la desnaturalización del sistema. El plan complementario no se podrá ofrecer a ninguna persona que no este cubierta por el POS. Estos planes se someterán a la aprobación previa de la Superintendencia Nacional de Salud, según el previsto en los artículos 42 y 44 del Decreto 1938/94. (Los requisitos para este tipo de inversiones se encuentran descritos en el numeral 5.4 de esta circular).

4. EXCEPCIONES

El artículo 279 de la Ley 100/93, de termina que el sistema de Seguridad Social previsto en ella, no se aplica a las Fuerzas Militares, a la Policía Nacional, al Magisterio, los trabajadores de las empresas que se encuentren en concordato, mientras este dure y los empleados públicos de ECOPETROL.

De lo anterior se refiere que el sistema de Seguridad Social en Salud, contemplando en la Ley 100/93, no es el único que existen grupos poblacionales que cuentan con regímenes propios.

Con tales poblaciones, no se encuentran dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud de la Ley 100/93, podrán acceder a los servicios de salud que brinden las cajas no como servicio subsidiado sino mediante contrato y por lo menos con tarifas al costo. Para este evento, se requiere presentar a la Superintendencia de Subsidio Familiar, el proyecto de inversión de acuerdo con lo determinado en el Decreto 0341/88.

5. CONCLUSIONES

De lo anterior se sacan las siguientes deducciones:

5.1 Dado que se venció el plazo que tenían las cajas para expresar su intención de adoptar un programa de EPS, (23 de diciembre de 1994) como producto de la transformación de una dependencia o programa que viniera funcionando como tal, no se aprobarán proyectos de inversión para estos eventos.

5.2 Para la presentación del servicio subsidiado en salud a sus beneficiarios, según lo previsto en la Ley, sólo se considerarán aquellas inversiones cuyo destino sea la presentación de servicios de salud contemplados en el artículo 15 del Decreto 1938/94 como limitaciones y exclusiones del POS.

Estos servicios de salud subsidiados se presentarán por parte de las cajas al tenor de la Ley 21/82 y únicamente para sus beneficiarios, en concordancia con el Decreto 341/88 en lo pertinente a las inversiones, por lo tanto para la ejecución de estos proyectos se requerirá concepto previo y favorable de esta Superintendencia.

Igualmente las cajas podrán invertir en los proyectos contemplados como excepción en el numeral 1.4 de esta circular.

5.3 Pueden administrar directamente, o por convenios los recursos del régimen subsidiado en salud, para prestar el POS-S a la población definida dentro del régimen subsidiado, de acuerdo con el Decreto 1895 de 1994 y las alternativas planteadas por la Superintendencia Nacional de Salud. En estos casos deben actuar con base en la reglamentación de dicha Superintendencia. Si no administran directamente o por convenio dichos recursos, deberán girarlos a la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía. Esta Superintendencia aprobará las apropiaciones presupuestales que han de acuerdo con el cociente de la respectiva caja, en la presentación anual del presupuesto.

5.4 Se aprobarán inversiones para constitución de EPS (por convenio, asociación o independientemente), o creación del IPS, con los debidos estudios de factibilidad. La formación de estos entes, no tiene límite en el tiempo. Igualmente dado lo oneroso de la adecuación y puesta en funcionamiento de las IPS, se podrán aprobar inversiones para reforzar su infraestructura. Como estos recursos tienen su origen en los recursos del Sistema del Subsidio familiar, y se destinan a un proyecto que forma parte del Sistema de Seguridad Social en Salud, se revertirán al sistema del cual se originan. Así, por lo tanto se deberá precisar en forma detallada para este tipo de inversiones, entre otros aspectos los siguientes:

- Periodo de gracia, si se considera otorgarlo.
- Si se determina un solo contado o varios y los intervalos acordados para realizar los pagos.
- Intereses, tasa bancaria o cualquier otro tipo del ajuste o corrección que permita conservar el poder adquisitivo de los recursos entregados.
- El tipo de documento que se firmaría entre las partes en el cual se debe consignar: pólizas de garantía, clase de auditoría y demás términos pertinentes que en un futuro permitan la claridad suficiente.

- Estados financieros básicos de acuerdo con las normas contables vigentes: Flujos de efectivo, Balances, Estados de cambio y patrimonio.
- Movimiento estadístico de afiliados y usuarios.

5.5 En cuanto los planes complementarios de que trata el artículo 39 del Decreto 1938/94 (comodidad, tecnología y hotelería), se deben prestar cumpliendo los requisitos de las empresas de medicina prepaga, estos deben financiarse exclusivamente y en su totalidad con los recursos de sus afiliados, sin ninguna clase de subsidios, por lo tanto, las inversiones para este renglón deberán prever la autofinanciación del proyecto y no requerirán transferencias del Sistema del Subsidio Familiar y en caso de ser necesarias, las mismas deberán revertir en su totalidad al sistema, de acuerdo con los ítems revertir en su totalidad al sistema, de acuerdo con los ítems recién indicados.

5.6 De acuerdo con los Decreto 1938/94, 1570/93 y la Circular del 16 de diciembre de 1994 expedida por los Ministerios de Salud y Trabajo, las cajas podrán operar dependencias o programas de medicina prepaga, evento en el que se aplicará lo previsto en numeral 5.4 de esta circular, en cuanto a los requisitos para inversiones.

5.7 Las cajas de compensación podrán contratar u ofrecer directamente la presentación del servicio de salud a los afiliados de los Organismos que se encuentren comprendidos dentro de alguna de las excepciones previstas por el artículo 279 de la Ley 100/93 y requieran de ellas la contratación del servicio de salud, pero no bajo la modalidad de servicios subsidiados. Para este casos se requerirá presentar el proyecto de inversión a esta Superintendencia, de acuerdo con lo regulado por el Decreto 0341/88.

Finalmente los casos excepcionales que se presenten a futuro, esta Superintendencia los resolverá con cada caja en particular.

Cordialmente,

LUIS ALFREDO BAENA RIVIERE

Superintendente