



Radicado No.: 201711600806721

Fecha: 04-05-2017

Página 1 de 7

Bogotá D.C.

URGENTE

Asunto: Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud.
Radicado. 201742400468202

Respetada señora:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual plantea una serie de interrogantes relacionados con la aplicación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, desde diferentes aspectos, a saber, funciones de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS, asunción del riesgo financiero, responsabilidad de pago a los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y funciones a desarrollar por parte de la Administradora de los Recursos del SGSSS - ADRES. Al respecto, nos pronunciamos sobre lo solicitado, así:

En primer lugar, respecto del interrogante “¿Cuál es la función de las EPS con la nueva ley estatutaria?”, debe indicarse que las funciones de dichas entidades no fueron objeto de modificación con la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015, por lo que el aseguramiento en salud, la asunción del riesgo transferido por los usuarios y el suministro de los servicios y tecnologías garantizados por el plan de beneficios, como labores preponderantes de tales entidades, continúan siendo las mismas establecidas en la Ley 100 de 1993¹ y demás normas concordantes.

Frente a las preguntas 2 y 3 de su escrito, la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio se pronuncio a través del memorando número 201723000076643, en los siguientes términos:

“(...) 2. “¿Cuál será la función de las RIPSS y operativamente cómo funcionaría, de acuerdo a la ley?”

Respuesta

La Ley 100 de 1993, en los artículos 177 y 178, establece respecto a la organización para la atención en salud de la población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que las Entidades Promotoras de Salud - EPS son las encargadas de “...organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados...” y de “...Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan

¹ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Radicado No.: **201711600806721**Fecha: **04-05-2017**

Página 2 de 7

acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional...”.

Por su parte, la Ley 1122 de 2007 definió en el artículo 14 el aseguramiento en salud como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador (EPS) asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes de Beneficios.

De esta manera, las EPS tienen la responsabilidad de velar porque los procesos de atención a sus afiliados se brinden en condiciones de accesibilidad, oportunidad, integralidad, continuidad y resolutivez, debiendo para ello conformar y gestionar redes de prestadores de servicios de salud, sobre las cuales imparten instrucciones propias y acordes con el modelo de atención, en procura que dichos procesos garanticen la calidad esperada en la prestación de los servicios y los resultados en salud, bajo un enfoque de gestión integral del riesgo para la población afiliada a su cargo.

En este sentido, la función de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS es proveer la atención en salud a la población de acuerdo a las condiciones mencionadas anteriormente, solventando consigo las limitaciones de oferta que de otra forma no sería factible disponer, a riesgo de tenerse costos elevados y no sostenibles. Tales soluciones parten del principio de eficiencia y racionalización de la oferta y emplean economías de escala para posibilitar servicios disponibles de manera razonable.

En este contexto, la expedición de la Resolución 1441 de 2016, por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones, tiene como objeto brindar a la población una atención en salud en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutivez, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (Resolución 429 de 2016), y de acuerdo a lo establecido por recientes normas como las Leyes 1751 (Estatutaria de Salud) y 1753 (adopción del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018) de 2015.

Este marco regulatorio, tiene en cuenta que las Entidades Promotoras de Salud – EPS, a cargo de la conformación, organización y gestión de las RIPSS deben garantizar un proceso de atención en salud con accesibilidad, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad. Para tal fin, en dicha Resolución se han establecido estándares y criterios de habilitación para las RIPSS conformadas y gestionadas por las EPS, entre los cuales se hace exigible la presentación de la conformación y organización de la Red Integral en el Departamento o Distrito donde esté autorizada para operar, la cual deberá incluir el análisis de disponibilidad, suficiencia, completitud, y el análisis de brechas junto a la oferta incorporada para suplir dicho diferencial como parte de la Propuesta de Red.

Adicionalmente, la EPS debe garantizar que dicha RIPSS cuenta con los procesos, mecanismos, instrumentos y metodologías que soportan su coordinación y gestión operativa y la voluntad expresa de los prestadores para proveer los servicios a la población de referencia; los mecanismos utilizados e implementados, para desarrollar la gestión de la prestación de los servicios de salud garantizando procesos para la articulación de acciones del PIC y el POS, la disponibilidad de información como soporte del componente asistencial, administrativo y logístico



Radicado No.: 201711600806721

Fecha: 04-05-2017

Página 3 de 7

de la red y la actualización continua del talento humano, los procesos, procesos y procedimientos para la planeación, organización, ejecución y control de las RIPSS conformadas; y los mecanismos, instrumentos y metodologías para el monitoreo continuo y el mejoramiento de la gestión de las RIPSS.

La información mencionada anteriormente será conocida por la Entidad Departamental o Distrital, quien analizará, verificará el cumplimiento de los estándares y criterios y habilitará o no cada RIPSS presentada por las EPS autorizadas para operar en su departamento o distrito; así mismo, socializará con los municipios de su jurisdicción las acciones tendientes a garantizar que las RIPSS diseñadas, organizadas y gestionadas por las EPS cubran las necesidades de salud de la respectiva población afiliada a cargo en dichos territorios.

Una vez habilitadas las RIPSS de la EPS en el departamento o distrito donde esté autorizada para operar, se gestiona la prestación de los servicios de salud a través de la misma garantizando a la población a cargo una atención en salud en condiciones de accesibilidad, oportunidad, integralidad, continuidad y resolutivez, disponiendo de los recursos humanos, físicos, técnicos, tecnológicos y financieros para tal fin.

3. “¿Respecto a las RIPSS, como las IPS de (salud, homecare) puede participar como RIPSS en el nuevo sistema de salud?”

Respuesta.

La Resolución 1441 de 2016, en el numeral 14.3 del artículo 14 establece que son responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, independientemente de su naturaleza jurídica, las siguientes:

- Suscribir acuerdos de voluntades con EPS, según corresponda en cada caso.
- Desarrollar las acciones necesarias y suficientes para garantizar el cumplimiento de los compromisos contractuales establecidos con las EPS y/o con las entidades territoriales

Como se expresa las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la normatividad vigente, deberán cumplir los requisitos establecidos para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de los servicios de salud, con las Entidades Promotoras de Salud – EPS, que tienen a cargo a la organización de la prestación de los servicios de salud en el Sistema General de Seguridad de Salud.

En este sentido, la EPS conforma y organiza la RIPSS en cada departamento o distrito en los cuales esté autorizada para operar, con los prestadores de servicios de salud y organizaciones funcionales que con su oferta de servicios y modalidades de atención respectiva, puedan brindarle a su población a cargo la atención en salud requerida (según sus características y particularidades) en condiciones adecuadas y con la disponibilidad y suficiencia requerida.

En este contexto, podrán hacer parte de las RIPSS prestadores que oferten los servicios de atención domiciliaria, los cuales habilitados mediante esta modalidad podrán brindar a la población un acceso efectivo a los servicios de salud, y una atención oportuna, continua, integral y resolutivez. (...)



Radicado No.: 201711600806721

Fecha: 04-05-2017

Página 4 de 7

En cuanto a las preguntas 4, 5 y 7, es preciso señalar que la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio, a través del radicado 201733210574441 (anexo), dio respuesta directamente a la dirección de correspondencia registrada en su escrito.

Respecto de la sexta pregunta, es preciso señalar que de su contenido se infieren dos interrogantes, el primero en virtud del cual se consulta “¿Respecto al nuevo sistema, como opera la contratación de los servicios de hospital care (suministro)”. En este punto es importante aclarar que dicho servicio se encuentra descrito en el artículo 26 de la Resolución 6408 de 2016², como atención domiciliaria, en los siguientes términos:

“(…) ARTÍCULO 26. ATENCIÓN DOMICILIARIA. La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Esta cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud.

PARÁGRAFO. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, sean las adecuadas según lo dispuesto en las normas vigentes.(…)”

Ahora bien, la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones se pronunció sobre el citado interrogante, a través del memorando 201731000095763, así:

“(…) En primer lugar, los contratos o acuerdos de voluntades entre Entidades Responsables del Pago y Prestadores de Servicios de Salud y demás proveedores están regidos por el derecho privado de acuerdo con Constitución Política (Artículos 48, 49 y 333) Sentencia C-192 de 2012 y Ley 100 de 1993, Artículo 195. Régimen jurídico.

*En segundo, en cuanto a la competencia del Ministerio de Salud y Protección Social, las relaciones entre las partes están normadas en el Decreto 4747 del 2007, compilado en el **Decreto 780 de 2016** “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, **Capítulo 4. Contratación**³.*

*En tercer lugar, en la **Resolución 3047 de 2008** “Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007” y las resoluciones **416 del 2009** y **4331 del 2012** que actualizan contenidos respectivamente.*

² Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

³ Artículo 2.5.3.4.1. Objeto. El presente Capítulo tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.



Radicado No.: 201711600806721

Fecha: 04-05-2017

Página 5 de 7

Por lo tanto, la contratación tiene el soporte jurídico y legal que es congruente con la Ley Estatutaria en Salud, la Política Integral de Atención en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud. (...)

En conclusión, la Ley 1751 de 2015, per se, no generó modificación respecto de la contratación de servicios de salud entre entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud.

Ahora bien, en cuanto a la segunda parte de la pregunta en cuestión (número 6), en la que se plantea: “Según la normatividad, se puede interpretar que habrán “precios techo” de los medicamentos, insumos, etc?”, es pertinente señalar que la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de este Ministerio, a través de correo electrónico de fecha 27 de abril de la presente anualidad se pronunció sobre el particular, señalando:

“(...) El artículo 245^[1] de la Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, y el artículo 87^[2] de la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, confirió a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMDM, la formulación y regulación de la política de precios de medicamentos.

En concordancia a lo anterior el Decreto 1071 de 2012 “Por la cual se reglamenta el funcionamiento de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos médicos”, reglamentó el funcionamiento, conformación y funciones de la misma, entre otras se encuentran:

- *Fijar y adoptar los lineamientos generales para la formulación y regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos*
- *Expedir los actos administrativos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.*

A su vez, el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015 estableció que “Corresponderá a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos o Dispositivos, cuando así lo delegue el Gobierno Nacional, la definición de la metodología y los mecanismos de regulación de precios de medicamentos, así como la regulación de los márgenes de distribución y comercialización de los mismos”.

En este sentido, el Decreto 705 de 2016 “Por el cual se establecen disposiciones sobre el proceso de regulación de precios de medicamentos a nivel nacional”, delega en la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, la definición de la metodología y los mecanismos para la regulación de precios de medicamentos, así como la regulación de los márgenes de distribución y comercialización de los mismos, que se fijarán a través de circulares.

^[1] **“ARTICULO. 245.(...) PARAGRAFO.-**A partir de la vigencia de la presente ley, la facultad para la formulación de la política de regulación de precios de los medicamentos de que goza el Ministerio de Desarrollo Económico, de acuerdo con la Ley 81 de 1987, estará en manos de la comisión nacional de precios de los medicamentos.

Para tal efecto, créase la comisión nacional de precios de medicamentos compuesta, en forma indelegable, por los ministros de Desarrollo Económico y Salud y un delegado del Presidente de la República. El gobierno reglamentará el funcionamiento de esta comisión (...)

^[2] **“Artículo 87. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMD.** En adelante la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos de que trata el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, se denominará Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, y tendrá a su cargo la formulación y la regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos.”

Radicado No.: **201711600806721**Fecha: **04-05-2017**

Página 6 de 7

Así mismo dicho acto administrativo traslada a la Dirección de Medicamentos y Tecnologías del Salud del Ministerio de Salud y Protección Social la Secretaría Técnica de la Comisión (...)”.

De acuerdo a lo anterior la Comisión expidió la Circular 03 de 2013, en la cual se estableció la metodología para incorporar medicamentos a control directo de precios y establecer un precio máximo de venta, la información actualizada sobre la regulación de precios de medicamentos y dispositivos médicos, así como la normatividad aplicable a esta materia emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos en la página web: <http://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/sistema-informacion-precios-medicamentos.aspx>.

Por último, frente al interrogante 8, donde se pregunta: *¿Que implicación tiene la nueva normatividad respecto de la validez de los contratos actualmente firmados con EPS e IPS, teniendo en cuenta las RIPSS y el nuevo rol de las EPS?*, se debe traer a colación lo expresado por la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, según el concepto cuyo radicado se refirió líneas atrás, donde se señala:

“(...) los contratos o acuerdos de voluntades entre Entidades Responsables del Pago y Prestadores de Servicios de Salud y demás proveedores están regidos por el derecho privado de acuerdo con Constitución Política (Artículos 48, 49 y 333) Sentencia C-192 de 2012 y Ley 100 de 1993, Artículo 195. Régimen jurídico.

*... las relaciones entre las partes están normadas en el Decreto 4747 del 2007, compilado en el **Decreto 780 de 2016** “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, **Capítulo 4. Contratación**⁴.*

*... en la **Resolución 3047 de 2008** “Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007” y las resoluciones **416 del 2009** y **4331 del 2012** que actualizan contenidos respectivamente.*

Por lo tanto, la contratación tiene el soporte jurídico y legal que es congruente con la Ley Estatutaria en Salud, la Política Integral de Atención en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud.(...)”

No está por demás anotar que los contratos que actualmente se están ejecutando en el marco de las relaciones entre entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, no están llamados a afectarse en su ejecución, más aun cuando se trata de relaciones que se rigen por el principio de la autonomía de la voluntad de los contratantes; por lo que será al amparo del clausulado contractual que desarrollarán hasta su terminación.

⁴ Artículo 2.5.3.4.1. Objeto. El presente Capítulo tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.



Radicado No.: **201711600806721**

Fecha: **04-05-2017**

Página 7 de 7

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015⁵.

Cordialmente,

FLOR ELBA PARRA MEDINA
Coordinadora Grupo de Consultas (E)
Dirección Jurídica

⁵ *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo*