EL NUEVO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PUBLICO COLOMBIANO

SENTENCIA C-313 DE 2014

LEY 1751 DE 2015 O LEY ESTATUTARIA EN SALUD, LEY 1753 DE 2015, LEY 1797 DE 2016

LEY 1955 Y 1966 DE 2019, DECRETO l2106 DE 2019

DECRETO 780 DE 2016 DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Y SUS MODIFICATORIOS LOS DECRETOS 1184, 1370, 1427, 1495, 1500, 1550, 1829*, 1937 (f), 1990, 2083, 2117 y 2152 de 2016 , 294, 613, 718 , 762, 866, 923, 969* , 1297, 1765, 1848, 2228 y 2265 de 2017, y 433, 631, 682, 710, 852, 948, 1273, 1333, 1334, 1355, 2058, 2408 2497 de 2018, 494, 1424, 1465, 1630,1683, 1818 y 2359 de 2019 y 58 Y 64 de 2020.

DECRETOS 1429 Y 1431 DE 2016, 546, 547 Y 1264 DE 2017 y 852 DE 2018.

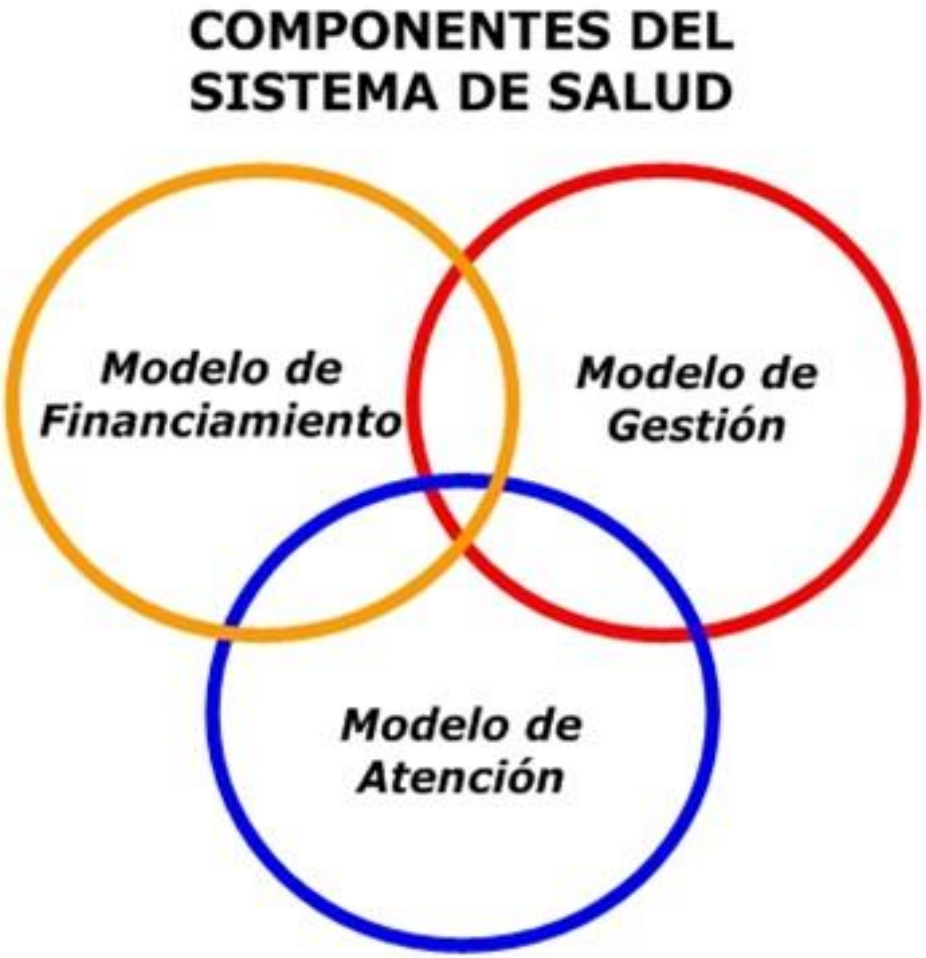
LEY 715 DE 2001, LEY 1122 DE 2007 Y LEY 1438 DE 2011

Dr. William Javier Vega Vargas.

República de Colombia

Libertad y Orden

Componentes del nuevo sistema de seguridad social en salud público



Dr. William Javier Vega Vargas

REDES DE SERVICIOS DE SALUD

- RSS -

Redes de Servicios de Salud RSS

Antes

Red Integrada de Servicios de Salud RINSS

Ahora

Red Integral de Servicios de Salud RIPSS

REDES INTEGRADAS RINSS O REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD RIPSS.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD – RINSS

NUMERAL 43.2.4. DEL ARTÍCULO 43 Y ARTÍCULO 54 DE LA LEY 715 DE 2001, PARAGRAFO 3º DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY 1122 DE 2007, EL ARTÍCULO 61, EL INCISO 1º DEL ARTÍCULO 62, EL ARTÍCULO 63 Y EL ARTÍCULO 64 DE LA LEY 1438 DE 2011, Y EL INCISO 1º DEL ARTÍCULO 2.5.4.1.3. DEL DECRETO 780 DE 2016.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL TERRITORIAL.

Conforme al Numeral 43.2.4. del artículo 43 y al artículo 54 de la Ley 715 de 2001, al parágrafo 3º del artículo 25 de la Ley 1122 de 2007, y al inciso 1º del artículo 2.5.4.1.3. del Decreto 780 de 2016, el servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes, cuya organización, dirección, coordinación y administración es competencia de los departamentos, que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta. La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL TERRITORIAL. (ARTÍCULO 54 DE LA LEY 715 DE 2001, EL PARÁGRAFO 3º DEL ARTÍCULO 25 DE LA LEY 1122 DE 2007, Y EL INCISO 1º DEL ARTÍCULO 2.5.4.1.3. DEL DECRETO 780 DE 2016)

Para garantizar la efectiva organización y operación de los servicios de salud a través de redes, los planes de inversión de las instituciones prestadoras de salud públicas deberán privilegiar la integración de los servicios, tal y como lo establece el parágrafo 1º del artículo 54 de la Ley 715 de 2001.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud de los municipios deberán articularse a la red departamental, para lo cual, deberán articular su portafolio de servicios al diseño de la red departamental, tal y como lo consigna el parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001 y el inciso 2º del artículo 2.5.4.1.3. del Decreto 780 de 2016.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN EL SGSSS (ARTÍCULO 61, INCISO 1º DEL ARTÍCULO 62, ARTÍCULO 63 Y ARTÍCULO 64 DE LA LEY 1438 DE 2011).

A partir de la expedición del artículo 61, el inciso 1º del artículo 62, el artículo 63 y el artículo 64 de la ley 1438 de 2011, ***por expresa voluntad del legislador, se consagró que la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de redes integradas de servicios, entendidas como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda; ubicadas en un espacio poblacional determinado.***

Las redes de atención que se organicen dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación .

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD RINSS.

SENTENCIA C-313 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL, NUMERAL 5.2.13.3.

Redes Integradas de Servicios de Salud - RIN (Art. 13º, Ley Estatutaria; numeral 5.2.13.3., Sentencia C-313 de 2014).

La Corte Constitucional, precisa que "Red integrada":

- ***Guarda relación con sistemas interinstitucionales comprendidos como una unidad operacional,***
- ***No implica la disposición de todos los servicios necesarios para abordar el mayor número de situaciones posibles.***
- ***Desprende la idea de varias entidades, compartiendo un orden funcional,***
- ***Más no el propósito de atender la demanda en salud en todos los ámbitos.***

Dr. William Javier Vega Vargas

Redes Integradas de Servicios de Salud – RINSS (Art. 13º, Ley Estatutaria; numeral 5.2.13.3., Sentencia C-313 de 2014).

Dr. William Javier
Vega Vargas

OBLIGATORIA CONTRATACION CON LA RED PUBLICA PRESTADORA DE SERVICIOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

DE LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES PUBLICAS (Art. 26º, Ley 1122 de 2007)

La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas ***solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE)*** *que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso,* ***toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado ESE****,* ***excepto las unidades de prestación de servicios de salud UPSS que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud****. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE.*

DE LA CONTRATACION CON IPS PUBLICAS. (ART. 25 LEY 691 DE 2001)

Para efectos, de ***la contratación que de manera obligatorio deben efectuar las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado con las IPS públicas****, se entenderá* ***como parte de la red pública, a las IPS creadas por las autoridades de los Pueblos Indígenas****.*

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD INDIGENAS IPS INDIGENAS (ART. 2.3.1.5., DECRETO 780 DE 2016.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 25 de la Ley 691 de 2001 y para los efectos señalados en el literal f) del artículo 14 y los artículos 16 y 20 de la Ley 1122 de 2007, sobre la contratación de servicios de salud, ***las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado*** ***le darán a las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas (IPSI) tratamiento de empresas sociales del Estado.***

TRANSITORIEDAD. ARTÍCULO QUE CONTINÚA VIGENTE SEGÚN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 4.1.2 DEL DECRETO 780 DE 2016. (ART. 88, DECRETO 1953 DE 2014.

El SISPI se implementará gradualmente de acuerdo con la iniciativa y dinámica de cada Territorio Indígena.

Hasta tanto esto ocurra, el SGSSS garantizará el cuidado de salud de los pueblos indígenas a través de las instituciones de salud indígenas y no indígenas que operan al momento de la expedición del Decreto1953 de 2014, por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas,

Motivo por el cual, la prestación de servicios de salud de los pueblos indígenas se garantizará ÚNICAMENTE con las IPS indígenas y no indígenas inscritas a la fecha de la expedición del mencionado decreto.

Prohibición en la Prestación de Servicios de Salud. (Art 31, Ley 1122 de 2007)

En ningún caso se podrán prestar servicios asistenciales de salud directamente por parte de los Entes Territoriales.

MONTOS MINIMOS DE CONTRATACION CON LA RED PUBLICA EN EL REGIMEN SUBSIDIADO EN LAS RINSS.

Montos Mínimos de Contratación en el Régimen Subsidiado en Salud con la Red Pública. (Art. 16º, Ley 1122 de 2007)

Las EPSS ***contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las ESE e IPSI debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutiva. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%).***

Lo anterior estará sujeto ***al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas.***

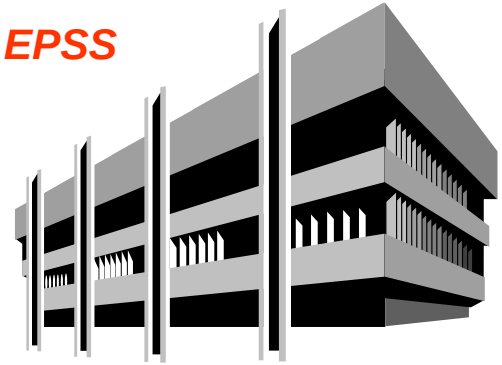
De la contratación obligatoria con ESE e IPSI. (Art. 2.3.1.4., Decreto 780 de 2016)

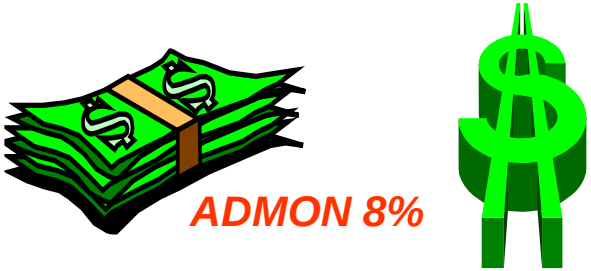
Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el art. 16 de la Ley 1122 de 2007 ***las EPSS contratarán de manera obligatoria y efectivamente con las ESE e IPSI debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, como mínimo, el sesenta por ciento (60%), del gasto en salud.***

Para establecer dicho porcentaje, se tendrá en cuenta el valor resultante de restar al valor total de la UPC-S, la proporción para gastos de administración determinada en la normatividad vigente.

Gastos de Administración de las EPSS (Art. 23, Ley 1438 de 2011)

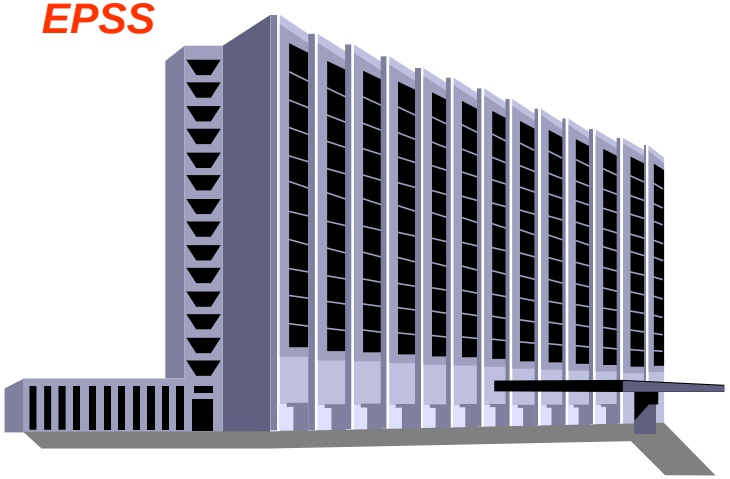
Los gastos de administración en ningún caso podrán exceder el ocho por ciento (8%) del total de la UPC-S.

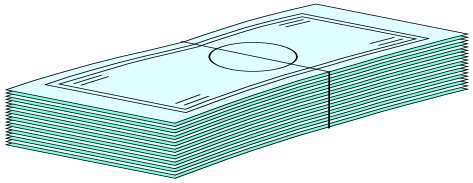




Garantía de servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC (Art. 23, Ley 1438 de 2011)

La garantía de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC deberá hacerse sobre el noventa y dos por ciento (92%) del total de la UPC-S.





POS-S 92%

Porcentaje destinado a la prestación de servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC (Art. 23, Ley 1438 de 2011)

El porcentaje destinado a llos servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, sobre el cual deberá calcularse el 60% mínimo a contratar con las ESE e IPSI debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado es el noventa y dos por ciento (92%) del total de la UPC-S.

Contratación obligatoria y efectiva con ESE e IPSI de la región. (Num. 1º, Art. 2.3.1.6., Decreto 780 de 2016)

El porcentaje mínimo de contratación deberá ser cumplido ***mediante la contratación de servicios de baja, mediana o alta complejidad de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC con las ESE e IPSI debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, que los tengan habilitados y que garanticen condiciones de acceso, calidad y oportunidad.***

Orden de los servicios a contratar en el porcentaje mínimo. (Num. 2º, Art. 2.3.1.6., Decreto 780 de 2016)

Los servicios ***deberán ser incluidos en el porcentaje mínimo en el siguiente orden****:*

a) ***Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC correspondientes al primer nivel de complejidad*** *(Baja Complejidad), incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.*

b) ***Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC correspondientes a los otros niveles de complejidad*** *(mediana y alta), incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.*

Los servicios de salud habilitados (Inc. 2º, Art. 2.3.1.6., Decreto 780 de 2016)

La contratación que se efectúe con cada ESE e IPSI, deberá tener en cuenta los servicios de salud habilitados por la misma.

Incumplimiento de los indicadores pactados. (Art. 2.3.1.7., Decreto 780 de 20016

*Si **durante la ejecución del contrato** entre la EPSS y la ESE o entre la EPSS y la IPSI **se incumplen los indicadores pactados contractualmente, en términos de calidad, oportunidad, y acceso**, **la EPSS podrá contratar con otra (s) IPS previa verificación del incumplimiento y concepto del Ministerio de la Protección Social o de la entidad en quien éste delegue.***

No se requerirá de concepto, cuando en desarrollo del sistema de evaluación por resultados establecido en el artículo 2º, de la Ley 1122 de 2007, se encuentre incumplimiento de los indicadores por parte de una ESE o IPSI.

***Lo anterior sin perjuicio del cumplimiento del 60% del gasto en salud con las ESE e IPSI debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado**,*

LOS SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION EN EL REGIMEN SUBSIDIADO EN LAS RINSS.

LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCION DE P Y P EN EL REGIMEN SUBSIDIADO (Inciso 2º del literal f del inciso 3º del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007)

La prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención se hará a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio, esto es, a través de las ESE o IPSI contratadas por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio.

Cuando las ESE o IPSI no tengan capacidad para prestar es tos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre la EPS del Régimen Subsidiado y las ESE o IPSI se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social o en quien este delegue.

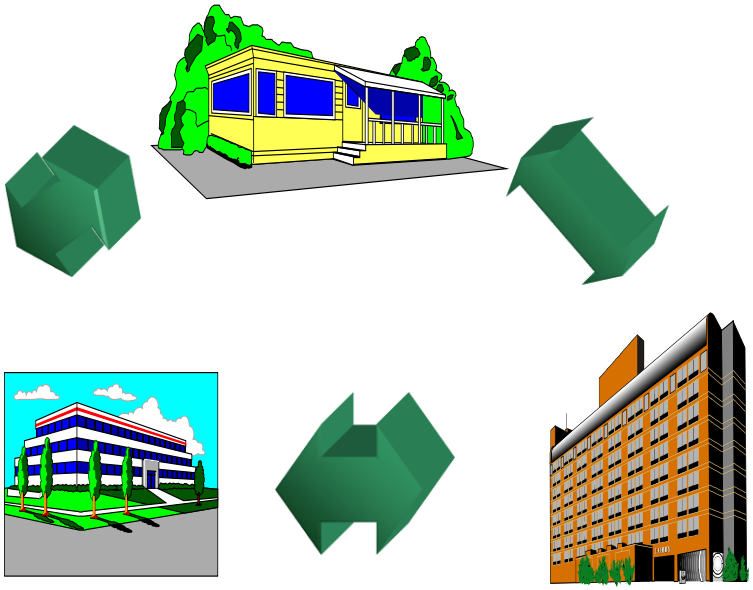
LO NUEVO EN REDES DE SERVICIOS DE SALUD EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO.

REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 13, LEY 1751 DE 2015; NUMERAL 7, ARTÍCULO 3, RESOLUCIÓN 1441 DE 2016.

Redes de Servicios (Art. 13º, Ley Estatutaria)

El sistema de salud estará organizado ***<u>en redes integrales de servicios de salud</u>****, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.*



Dr. William Javier Vega Vargas

Redes Integrales de Servicios de Salud (Art. 13º, Ley Estatutaria; numeral 5.2.13.3., Sentencia C-313 de 2014).

Evitan la fragmentación del servicio, reduciendo obstáculos y optimizando su calidad.

Lo integral apareja la noción de universalidad y diversidad en la oferta de beneficios médicos y asistenciales, dicho de otro modo, lo integral se asimila a lo completo.

Garantizan todas las coberturas necesarias al paciente, con independencia de su composición administrativa y estructural.

Establece la obligación en cabeza de los agentes prestadores del servicio de contar con todas las coberturas, procedimientos, insumos, tecnologías, especialidades.

Dr. William Javier Vega Vargas

Redes Integrales de Prestadores de Servicios de salud – RIPSS - (Nl. 7. art. 3, Resolución 1441 de 2016).

- ***Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud – CAPSS- u***

- ***Organizaciones funcionales de servicios de salud -OFSS-, públicos, privados o mixtos,***

Ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS.

Redes Integrales de Prestadores de Servicios de salud – RIPSS - (Nl. 7. art. 3, Resolución 1441 de 2016).

Con una organización funcional que comprende:

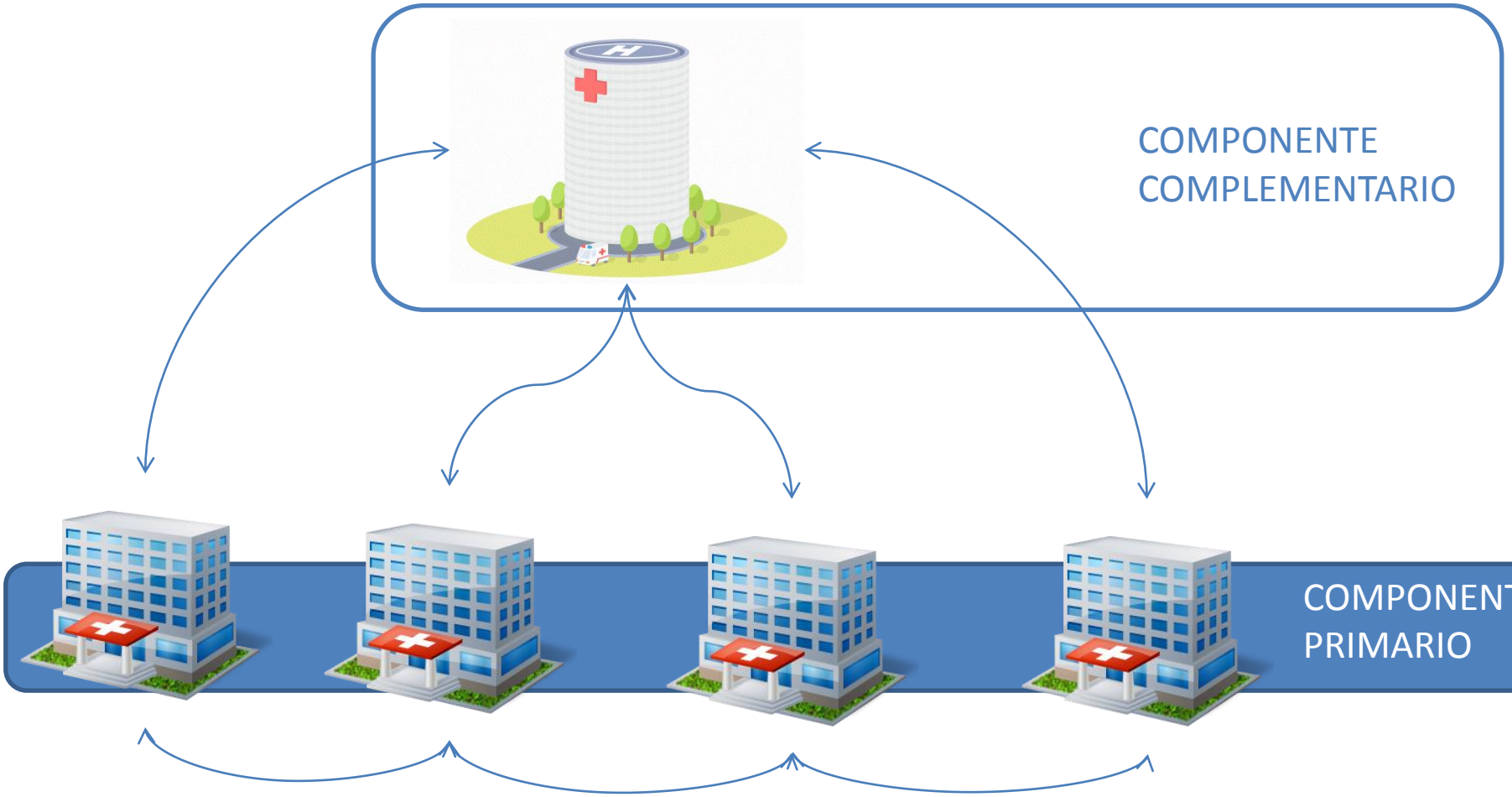
- ***Un componente primario y***
- ***Un componente complementario***,

Bajo los principios de ***disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad.***

Incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud.

REDES INTEGRALES DE PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD

RIPSS



RIPSS
(Redes Integrales de Prestadores Servicios de Salud)

Se clasifica en

Conjunto Articulado de PSS (CAPSS)

Organizaciones Funcionales de Servicios de Salud (OFSS) públicos, mixtos o privados

Organizado en dos componentes

Primario

Complementario

Con el fin de

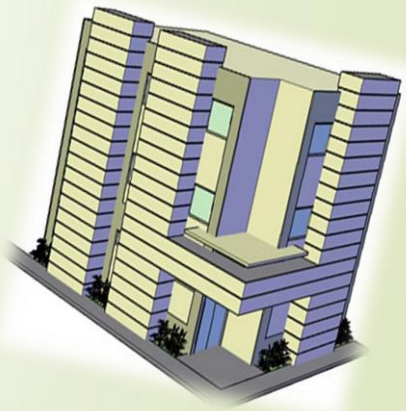
Garantizar el acceso efectivo de los servicios de salud
Y la atención oportuna, continua, integral y resolutiva

Contando

Con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información,

Para

Para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud.



1. RIPSS COMO CONJUNTO ARTICULADO DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – CAPSS -.

La **RIPSS** como Conjunto Articulado de Prestadores de Servicios de Salud (CAPSS) no puede estar configurada bajo la figura de intermediación o de subcontratación entre PSS.

Un PSS no puede contratar a otro PSS.

La **Intermediación** y la **subcontratación** entre PSS se encuentra prohibida.

Normas que prohíben la intermediación o subcontratación entre PSS

Estas son

Artículo 9 de la Resolución 3100 de 2019

Circular Externa del 19 de abril de 2001 del Ministerio de salud

Circular Externa 067 de 2010 de la SNS:

1. Literal c del inciso 7º del numeral 4 .
2. Inciso 1º del numeral 4 de la Circular

Circular Externa 006 de 2011 de la SNS, numeral 31 del numeral 2.2.

Decreto 780 de 2016:

1. Inciso 3 del artículo 2.3.2.1.14.
2. Inciso 2 del artículo 2.5.1.3.2.6.
3. Inciso 2º del numeral 3.3. del artículo 2.5.2.3.3.1. modificado por el artículo 1º del Decreto 682 de 2018.
4. Literal f del inciso 1º del artículo 2.5.2.3.5.3. modificado por el artículo 1º del Decreto 682 de 2018

RIPSS - CAPSS (INC. 2, ARTT. 62, LEY 1438 DE 2011; CIRCULAR EXTERNA 067 DE 2010 DE LA SNS).

Los prestadores de servicios de salud PSS ***podrán asociarse mediante:***

1. ***Uniones Temporales,***
2. ***Consorcios ,***
3. ***Otra figura jurídica***

Con Prestadores de Servicios de Salud, públicos, privados o mixtos.

En ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia.

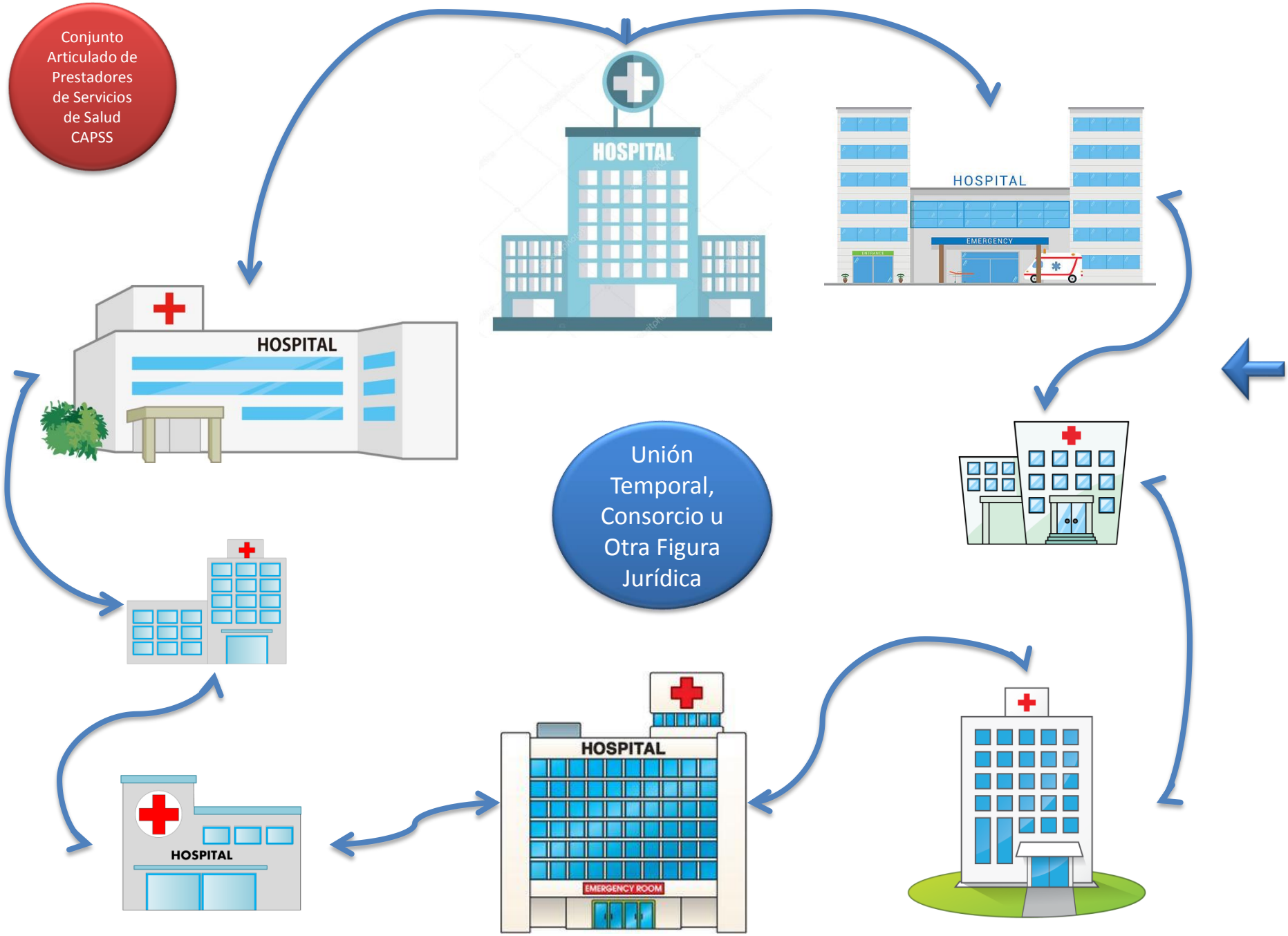
RIPSS – CAPSS MEDIANTE UNIONES TEMPORALES, CONSORCIOS U OTRA FIGURA JURÍDICA (INC. 2, ARTT. 62, LEY 1438 DE 2011 CIRCULAR EXTERNA 067 DE 2010 DE LA SNS).

La asociación de PSS mediante uniones temporales, consorcios u otra figura jurídica, ***es aquella*** ***en la cual se mantiene la autonomía técnica, administrativa y financiera, permitiendo garantizar a través de esta asociación:***

1. ***La adquisición en conjunto a bajo costo y de alta calidad de insumos, servicios técnicos, medicamentos,***

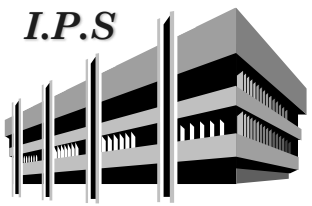
2. ***La contratación de interventorías y auditorías para mejoramiento de la calidad de los servicios de salud,***

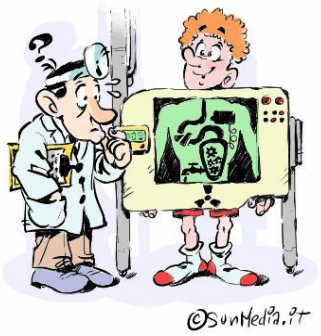
3. ***Servicios integrales de salud para efectos de conformación de una red integral prestadora de servicios de salud****, que facilite a los usuarios el ingreso, accesibilidad, oportunidad y calidad de los mismos.*


Conjunto Articulado de Prestadores de Servicios de Salud CAPSS
HOSPITAL
HOSPITAL
EMERGENCY
HOSPITAL
Unión Temporal, Consorcio u Otra Figura Jurídica
HOSPITAL
HOSPITAL
EMERGENCY ROOM

Prestadores de Servicios de Salud PSS que pueden integrar la RIPSS-CAPSS (Numerales 6º y 7º del inciso 1º del art. 2.5.1.1.3, Decreto 780 de 2016; Numeral 1 del artículo 2.5.3.4.3 , Decreto 780 de 2016; Artículo 2º de la Resolución 3100 de 20019).

- ***Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS),***
- ***Los Profesionales Independientes de Salud (PIS).***
- ***El Transporte Especial de Pacientes (TEP).***





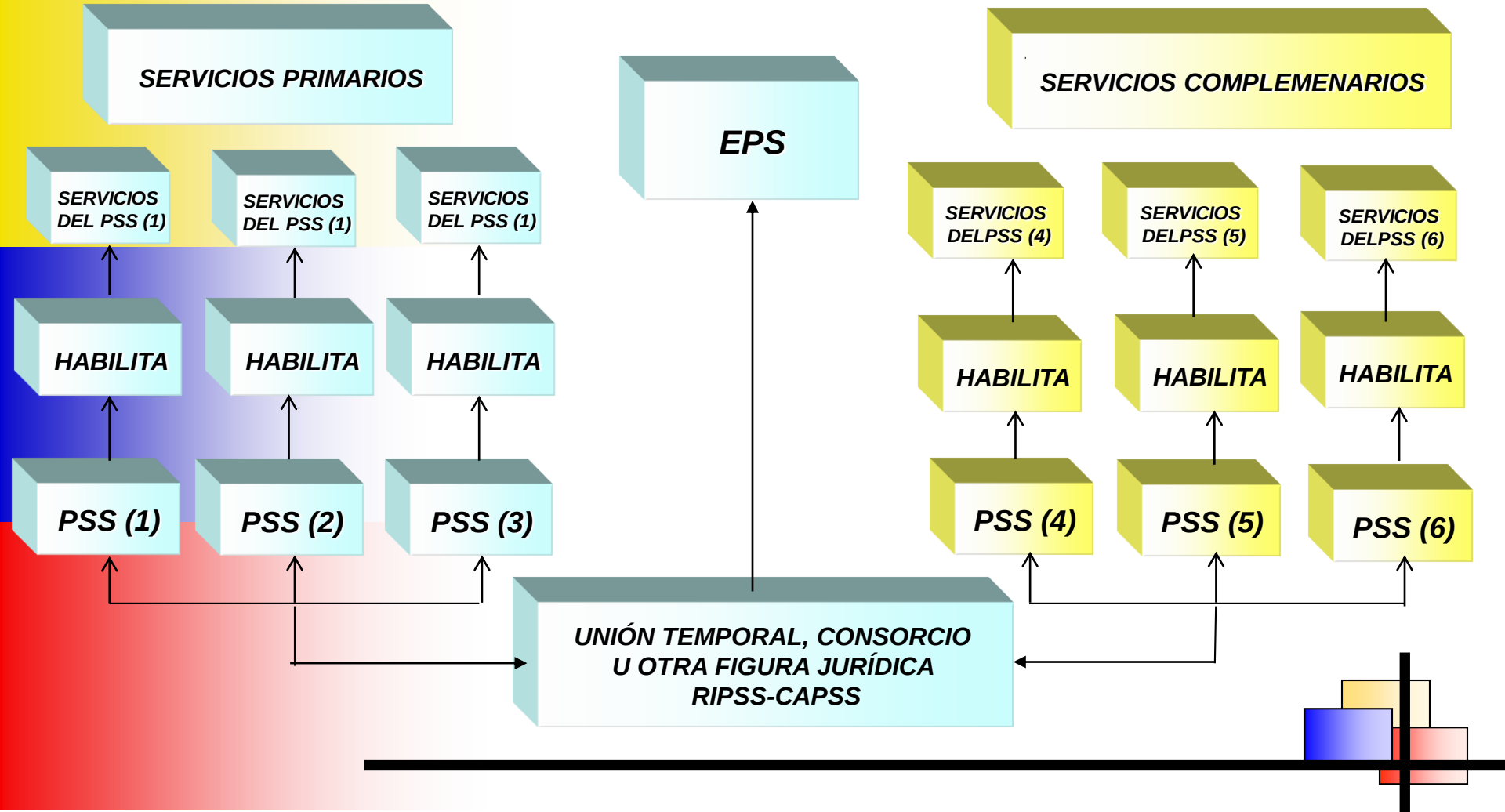
HABILITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS RIPSS –CAPSS.

CONTRATACION DE SERVICIOS DE SALUD CON LAS RIPSS – CAPSS:

En el caso de uniones temporales, consorcios u otra figura jurídica para prestar servicios integrales de salud, será posible su contratación, ***siempre y cuando los prestadores de servicios de salud que la conformen:***

1. ***Sean asociados de éstas,***
2. ***Se encuentren inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y***
3. ***Sus servicios de salud se encuentren debidamente habilitados por cada uno de ellos.***

HABILITACION DE LOS SERVICIOS DE QUIENES CONFORMAN LA RIPSS - CAPSS, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.



2. RIPSS COMO ORGANIZACIONES FUNCIONALES DE SERVICIOS DE SALUD – OFSS -, PUBLICOS, PRIVADOS O MIXTOS.

RIPSS-OFSS COMO IPS ÚNICA.

Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud como IPS única.

Son Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que habilitan para la disposición y provisión de servicios de salud con el fin de garantizar la atención en salud de manera accesible, oportuna, continua, integral, y resolutiva, en los componentes primario o complementario de la Red, Prestadores Primarios para el Componente Primario de la Red, y Unidades Funcionales para el Componente Complementario de la Red, en diferentes sedes o en una misma sede.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud como IPS única y su paso a RIPSS CAPSS.

La RIPSS OFSS como IPS Integral, podrá realizar asociaciones o alianzas estratégicas con otros prestadores de servicios de salud bajo la figura de uniones temporales, consorcios u otra figura jurídica de que tratan el inciso 2º del artículo 62 de la Ley 1438 de 2011 y los numerales 1 y 3 de la Circular Externa 067 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la cual, como conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, logren la integralidad de los servicios de salud realizando así su paso, de una RIPSS OFSS a una RIPSS CAPSS.

Dr. William Javier
Vega Vargas

RIPSS-OFSS CONSTITUIDA POR PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, PORVEEDORES DE INSUMOS, DE MEDICAMENTOS E INVERSIONISTAS DE CAPITAL, CON CAPITALIZACIÓN DIRECTA EN ESTA.

Modelo de Inversión en RIPSS-OFSS

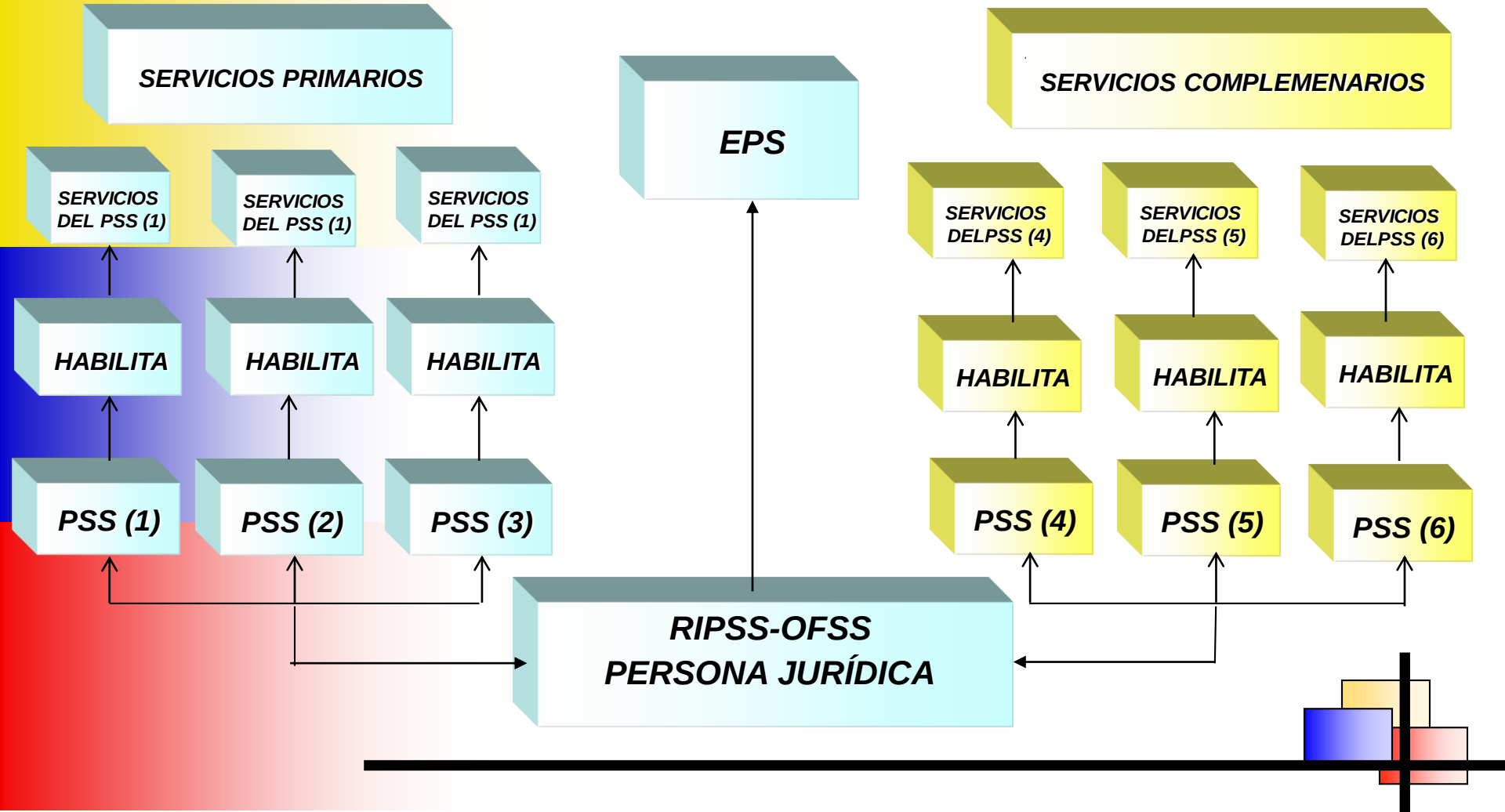
En esta vía ***las RIPSS-OFSS están invitando a:***

1. ***Prestadores de servicios de salud PSS,***
2. ***Proveedores de insumos,***
3. ***Proveedores de medicamentos o***
4. ***Inversionistas de capital,***

A hacer parte de la RED INTEGRAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD RIPSS, con una capitalización directa en la red adquiriendo uno o varios paquetes de acciones.

Dr. William Javier
Vega Vargas

HABILITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS PSS QUE HAGAN PARTE DE LA RIPSS – OFSS.



RIPSS-OFSS COMO OPERADOR DE SERVICIOS DE SALUD DEL 100% DE LOS SERVICIOS DE UN PSS, EN EL CONTRATO DE OPERACÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON MANDATO.

ARTÍCULOS 12 Y 13 DE LA LEY 1233 DE 2008, ARTÍCULO 2.2.8.1.5., ARTÍCULO 2.2.8.1.6., INCISOS 1 Y 3 DEL ARTÍCULO 2.2.8.1.7. DEL DECRETO 1072 DE 2015; ARTÍCULOS 482, 483 Y 484 DEL CÓDIGO SUSTANTIVO DE TRABAJO, ARTÍCULOS 2.2.2.1.16. AL 2.2.2.1.23. DEL DECRETO 1072 DE 2015 MODIFICADOS POR EL ARTÍCULO 1º DEL DECRETO 036 DE 2016, ARTÍCULOS 2.2.2.1.24. AL 2.2.2.1.32. DEL DECRETO 1072 DE 2015 ADICIONADOS POR EL ARTÍCULO 1º DEL DECRETO 036 DE 2016; ARTÍCULO 59 DE LA LEY 1438 DE 2011; LA RESOLUCIÓN 2021 DE 2018 DEL MINISTERIO DE TRABAJO; EL NUMERAL 4.3. DE LA CIRCULAR EXTERNA 067 DE 2010 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

OPERACIÓN POR TERCEROS DE UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE.

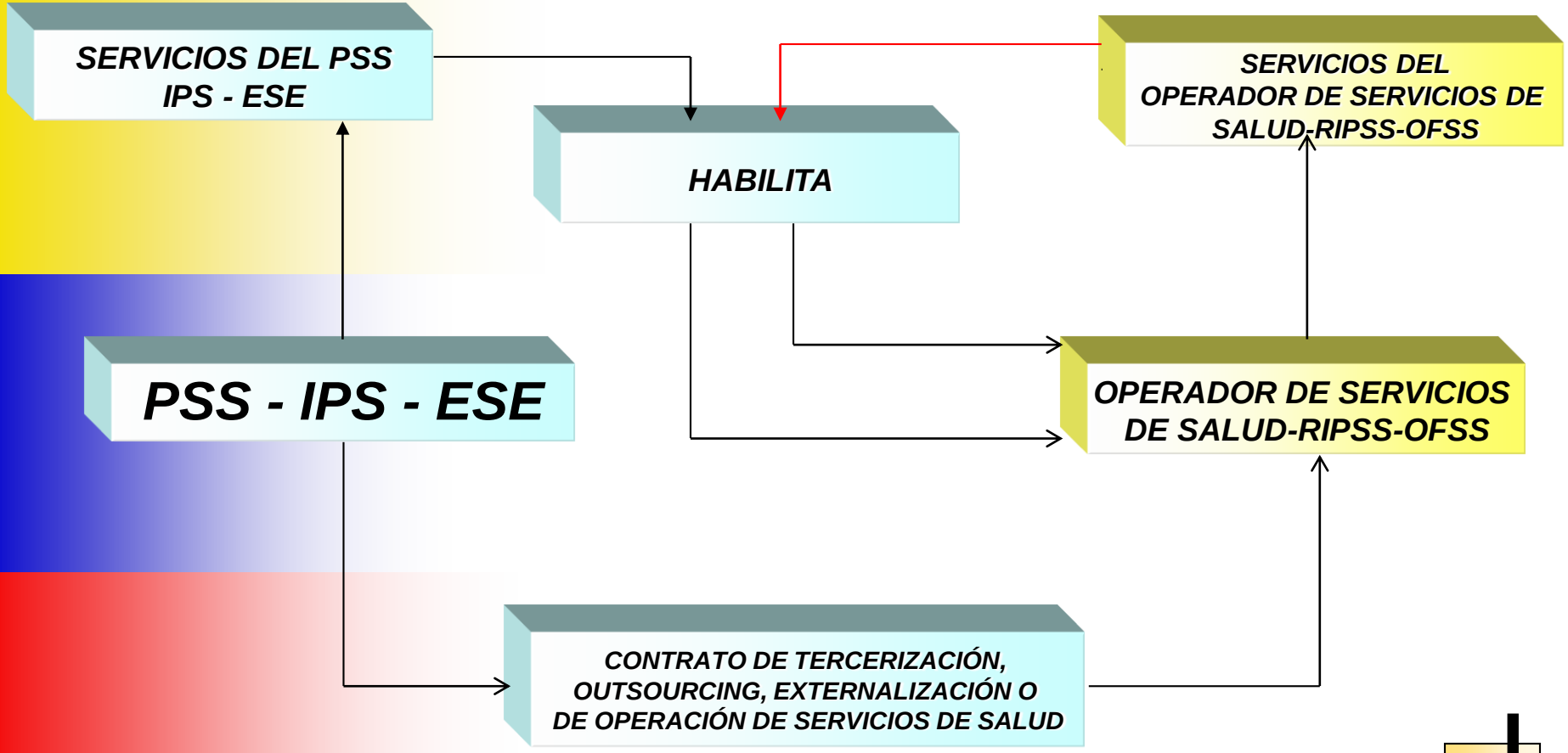
Operación con terceros en una Empresa Social del Estado ESE. (Art. 59 Ley 1438 de 2011).

El artículo 59 de la Ley 1438 de 2011, establece que las Empresas Sociales del Estado ***podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros, Empresas Sociales del Estado de mayor nivel de complejidad, entidades privadas o con operadores externos, previa verificación de las condiciones de habilitación conforme al sistema obligatorio de garantía en calidad.***

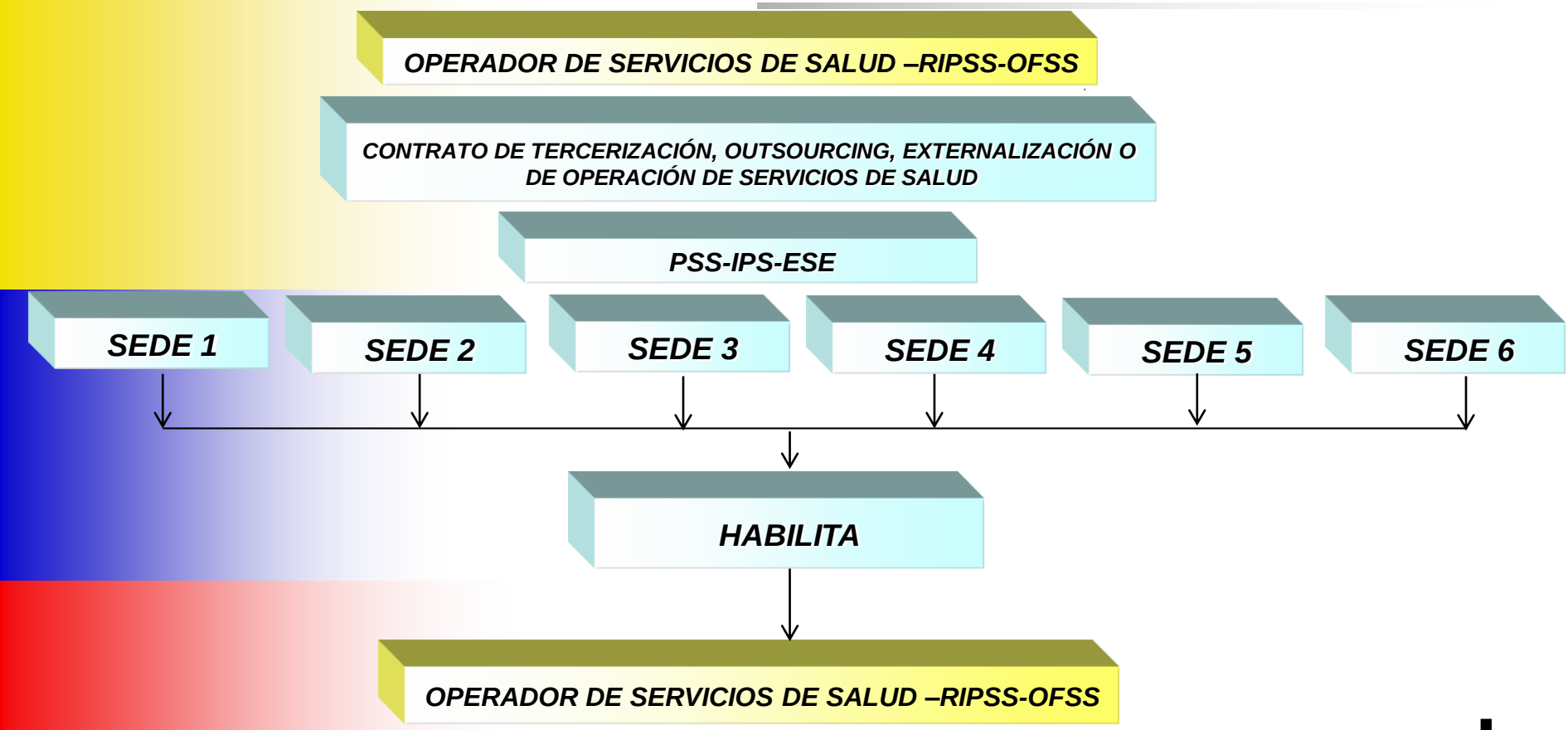
Operación con terceros en una Empresa Social del Estado ESE. (Art. 59 Ley 1438 de 2011).

El artículo en comento, fue declarado EXEQUIBLE de manera condicionada, mediante Sentencia C-171 de 2012, expediente D-8666 Magistrado Ponente LUIS ERNESTO VARGAS SILVA, en el entendido de que la potestad de contratación otorgada por este artículo a las Empresas Sociales del Estado para operar mediante terceros, solo podrá llevarse a cabo siempre y cuando no se trate de funciones permanentes o propias de la entidad, cuando estas funciones no puedan llevarse a cabo por parte del personal de planta de la Empresa Social del Estado o cuando se requieran conocimientos especializados.

HABILITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RIPSS-OFSS COMO OPERADOR DEL 100% SERVICIOS DE SALUD, EN LA OPERCION DE SERVICIOS DE UN PSS BENEFICIARIO, DE SALUD CON MANDATO.



HABILITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RIPSS-OFSS COMO OPERADOR DEL 100% SERVICIOS DE SALUD, EN LA OPERCION DE SERVICIOS DE UN PSS BENEFICIARIO, DE SALUD CON MANDATO.



ACTUALES RIPSS COMO ORGANIZACIONES FUNCIONALES DE SERVICIOS DE SALUD – OFSS -, PUBLICOS, PRIVADOS O MIXTOS.

Actuales redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) como Organizaciones Funcionales de Servicios de Salud –OFSS-

fcv fundación cardiovascular de colombia

CHRISTUS SINERGIA Salud

NATIONAL CLINICS

compensar

Grupo Ospedale por el bien común

Organización Sanitas Internacional

VIRREY SOLIS I. P. S.

Multiservicios COOSALUD EPS En POS de tu bienestar

Clínica Médicos Valledupar

Clínica Integral de emergencias Laura Daniela

Clínica Salud Social...

Fundación CAMPBELL Tu clínica amiga en momentos difíciles

UnitedHealth Group

quirónsalud

VIVA 1A IPS

MiRed BARRANQUILLA IPS

alna

Dr. William Javier Vega Vargas

Actuales redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) como Organizaciones Funcionales de Servicios de Salud –OFSS-

Con:

El Centro Hospitallario de Bogotá.

El Centro Hospitalario Serena del Mar (CHSM) de Cartagena.

El Megacentro Hospitalario del Eje Cafetero.

FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA

LOS DUEÑOS EXTRANJEROS DE LA SALUD EN COLOMBIA.

Varias de las mejores clínicas privadas, EPS, medicinas prepagada y servicios de salud que ya no son de colombianos.

Una variada gama de inversionistas extranjeros ha visto en el sector de la salud una oportunidad de negocios que ha llevado a que en los últimos años Instituciones Prestadores de Servicios de Salud – IPS, Entidades Promotoras de Servicios de Salud – EPS, y Farmacias de primer nivel pasen a manos extranjeras, aunque la prestación de los servicios siga en manos de profesionales colombianos, reconocidos por su buena formación.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Grupo Sánitas.

Los primeros en aterrizar en Colombia fueron los españoles del Grupo Sanitas, quienes desde 1980 entraron con Colsanitas, MediSanitas y EPS Sanitas. Sanitas nació como una compañía de médicos españoles a mediados del siglo pasado, y que a finales de los años 80 pasó a manos de la multinacional británica BUPA (British United Provident Association), que tiene más de 22 millones de clientes en los 190 países que opera. Colsanitas (Sanitas Colombia) no estuvo sujeta al acuerdo de adquisición aunque sí la marca Sanitas.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Unitedhealth group.

La norteamericana UnitedHealth Group, posee la mayoría accionaria de Colmédica Medicina Prepagada y Aliansalud EPS, es el único propietario de la Clínica El Country y la Clínica La Colina en Bogotá, en Barranquilla también opera la Clínica Portoazul. Se hizo a estas empresas gracias al control accionario (96,8 %) que logró en el 2017 y el 2018 sobre el holding chileno del sector salud, Banmédica, que durante años venía expandiéndose en Colombia.

UnitedHealth fue fundada en 1997 en Minnesota, y se encuentra entre las 30 mayores sociedades anónimas que cotizan en la bolsa de Estados Unidos.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Christus Health.

Opera la Clínica Farallones y Palma Real, ambas en Cali.

Accionsta de Coomeva EPS? O de Medimás EPS.

Christus Health es una de las 10 instituciones católicas de salud privada más importantes de Estados Unidos, fundada a finales del siglo XIX por monjas que atendían de caridad en Texas. Tres congregaciones religiosas, las Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado, las Hermanas del Verbo Encarnado y las Hermanas de la Santa Familia de Nazaret están detrás de Christus Health, una organización sin ánimo de lucro con más de 60 clínicas y hospitales, y 350 centros médicos ambulatorios. Es fuerte principalmente en Texas, Nuevo México, Arkansas y Luousiana y además de Colombia tiene presencia en Chile y México.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Grupo Auna.

Médicos peruanos asociados en el Grupo Auna adquirieron en septiembre de 2018 la clínica de Las Américas de Medellín, la más grande del país, con 300 camas.

El Grupo Salud del Perú – Auna se conformó en 2008 a partir de una alianza entre el Fondo de Inversiones Enfoca (accionista de Frecuencia Latina, los almacenes Talma y Ace Home Center) y Oncosalud, que había sido fundada treinta años atrás por los exministros de salud apristas Luis Pinillos y Carlos Vellejos, es la más grande empresa peruana especializada en cobertura y terapias contra el cáncer.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Grupo Quriónsalud.

El grupo hospitalario español quironsalud, ha realizado mega inversiones adquiriendo instituciones de alta complejidad en el país tales como, la Clínica de Medellín, Clínica las Vegas, Clínica el Prado, Cedimed y ahora Imbanaco y sigue el proceso de adquisiciones.

Es el segundo país de incursión en Latinoamérica de esta compañía de salud ya que, hace dos años compró la Clínica Ricardo Palma en Perú.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Grupo Quriónsalud.

El grupo español quirónsalud, tiene más de 60 años de experiencia en el cuidado de la salud, controla 130 centros asistenciales de primer nivel y 52 hospitales de alto nivel en España, pertenece a través de la compañía alemana Helios a la también alemana, Fresenius Medical Care, líder mundial en el tratamiento de enfermedades renales y que forma parte de uno de los mayores conglomerados empresariales alemanes. El principal accionista del grupo Fresenius es la fundación Else Kröner-Fresenius-Stiftung, una entidad sin ánimo de lucro que tiene como objetivo la investigación médica y el desarrollo de proyectos médico-humanitarios.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Grupo Femsa.

Mexicanos del grupo Femsa compraron en diciembre de 2018 a Medicarte, una IPS creada en mayo de 2008 en Medellín pero con servicios en otras ciudades. Son los mismos dueños, desde hace tres años de las farmacias Cruz Verde, Farmasanitas y Farmacias Acuñas, que compraron a través del grupo chileno Sofocar, el cual controlan.

Femsa también es propietaria en el país de las tiendas Oxxo.

Se trata de un gran conglomerado que bajo la sigla FEMSA (Fomento Económico Mexicano) maneja la embotelladora de Coca-Cola más grande del mundo, y dueña de la de Colombia desde el 2003, es a su vez, el segundo accionista más importante de la cervecera Heineken.

Dr. William Javier
Vega Vargas

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, uno de los tres socios del consorcio Méderí que opera el Hospital Universitario Mayor (antigua Clínica San Pedro Claver) y del Hospital Universitario de Barrios Unidos (antigua Clínica Misael Pastrana) es de origen español y tiene sede en Roma, Italia. Los otros dos socios son la Caja de Compensación Familiar Compensar y el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, que da el respaldo académico.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Grupo Falck.

El servicio de ambulancias Emi, pertenece al grupo danés Falck. Está en Colombia desde el 2011 y es el líder mundial en servicios de ambulancias y en proporcionar asistencia en situaciones de emergencia y accidentes, con operación en 46 países. La Fundación Lundbeck, creada por la viuda del fundador de la famaceutica Lundbeck es el mayor accionista, seguido por lel Grupo Kirkbi (27.75%) perteneciente a la familia de Kirk Kristiansen, creadores de LEGO.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Fondos de Capital Privado.

El negocio de la salud ya no solo interesa a médicos y a profesionales del sector, sino también a los fondos de capital privado, que están trayendo sus millonarios recursos a las IPS.

El atractivo para los fondos de capital privados son los recursos que el Gobierno gira mensualmente para pagar la salud de casi toda la población (pues la cobertura es casi universal). Se estima que al año son unos $30 billones y que así el dinero se demore en pasar de las EPS a los hospitales y clínicas, es plata que tarde o temprano llegará.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Fondos de Capital Privado.

Buen o mal negocio, lo cierto es que mientras algunas IPS van camino a la quiebra, otras luchan por sobrevivir y algunas están en plena expansión y buscando inversionistas. Lo importante es que al final sirva para sanar la quebrantada salud de los colombianos.

Pese a la millonaria cartera vencida que tienen hospitales y clínicas, cada vez llega más inversión a este sector, que se nutre de giros mensuales del Gobierno. Crece participación de fondos de capital privado.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Fondos de Capital Privado.

El panorama no luce muy alentador para las llamadas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y, sin embargo, cada vez se hacen más anuncios de ampliación de instituciones y de la construcción de nuevos hospitales y centros de especialistas.

Los Fondos de Capital Privado, invierten en IPS porque ven que es un negocio con potencial y manifiestan que el innegable problema de la cartera vencida se enfrenta con capacidad financiera, que es lo que ellos proveen como inversionistas.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Fondo de Capital Privado Ashmore.

Fondo de capital privado londinense, que en 2013 invirtió en Diagnósticos Cardiológicos Especializados (Diacorsas), una empresa que opera hospitales en Manizales, Ibagué y Santa Marta.

Ashmore Colombia, explica que en Ciudad Verde, un macroproyecto de vivienda de la constructora Amarilo en Soacha, ya tienen un lote para construir un hospital de alta complejidad de 250 camas, en donde van a ser propietarios y operadores.

Hasta ahora Ashmore ha destinado entre US$30 y US$40 millones al sector salud en el país y planean invertir otros US$60 millones más.

Al Fondo de Capital Privado Ashmore le interesan los hospitales y las clínicas de alta complejidad, pero no las EPS, pues el modelo de negocio es distinto y tiene otras particularidades.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Fondo de Capital Privado Tribeca.

Otro fondo que ingresa al negocio de las IPS es Tribeca, cuyo presidente, Luc Gerard, también es accionista de National Clinics, un operador de hospitales que nació en 2014 y que ya opera 400 camas en su sede Centenario (en el centro de Bogotá) y en la Clínica San Rafael (al sur de Bogotá).

Dr. William Javier
Vega Vargas

Fondo de Capital Privado Rizk Ventures Colombia ("RVC"), y Grupo Goldman Sachs Inc. ("GS").

El fondo Rizk Ventures se deriva de una empresa que proveía servicios a los hospitales en Estados Unidos.

Comenzaron su internacionalización en Colombia mediante un joint-venture con Goldman Sachs Group, que pasó del carbón al sector de la salud en el país.

Lo que hacen es comprar los inmuebles de los hospitales y arrendárselos a sus antiguos propietarios para que ellos se dediquen solo a la parte operativa.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Fondo de Capital Privado Rizk Ventures Colombia (“RVC”), y Grupo Goldman Sachs Inc. (“GS”).

Rizk Ventures Colombia (“RVC”), confirmó la transacción en conjunto con un afiliado del Grupo Goldman Sachs Inc. (“GS”) para comprar el Hospital Universitario Clínica San Rafael en Bogotá fundado en 1929, que provee servicios especializados de salud, enseñanza e investigación a la comunidad.

La afiliada de Rizk Ventures, anunció la transacción inmobiliaria de compra y arrendamiento financiero en el sector salud de Colombia, luego de negociar con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Adicionalmente, de forma simultánea con el cierre de la transacción, el operador y dueño de varias clínicas colombianas, National Clinics (NCC), firmó un acuerdo de colaboración institucional con el Hospital San Rafael.

Dr. William Javier
Vega Vargas

Fondo de Capital Privado Rizk Ventures Colombia (“RVC”), y Grupo Goldman Sachs Inc. (“GS”).

Además de la Clínica San Rafael, Rizk Ventures también compró el inmueble donde funciona el Hospital Internacional de Colombia, gestionado por la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Rizk Ventures Colombia (“RVC”) y Goldman Sachs (“GS”), adquirieron el Instituto del Corazón Floridablanca en Bucaramanga, y a la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV).

Junto con National Clinics operarán la Clínica Los Nevados en Pereira, donde funcionaba anteriormente la Clínica Cardiovascular del Niño (antiguo Seguro Social).

Dr. William Javier
Vega Vargas

HABILITACION DE LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – RIPSS – DEPARTAMENTO, DISTRITO, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, VERIFICACION DE ESTANDARES SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

RESOLUCION 1441 DE 2016, RESOLUCIÓN 1344 DE 2019, CIRCULAR EXTERNA 000043 de 2017.

Transitoriedad: Resolución 1344 de 2019 que modifica el artículo 16 de la Resolución 1441 de 2016 y el numeral 1 de la Circular Externa 000043 de 2017 del MSYPS, modificados por la Resolución 5401 de 2018.

La Dirección de Prestación de Servicio del msyps, presentó informe con corte al 22 de mayo de 2019, encontrando que se cuenta con 4 RIPSS habilitadas, 31 en proceso de solicitud, 93 están siendo verificadas por parte de las entidades departamentales y distritales de salud, 66 se encuentran en proceso de subsanación por parte de las EPS, y 109 se encuentran en revisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Transitoriedad: Resolución 1344 de 2019 que modifica el artículo 16 de la Resolución 1441 de 2016 y el numeral 1 de la Circular Externa 000043 de 2017 del MSYPS, modificados por la Resolución 5401 de 2018.

La Resolución 5401 de 2018, en su artículo 1º, modificó el artículo 16 de la Resolución 1441 de 2016 y por ende el numeral 1 de la Circular Externa 000043 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, estableciendo que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), deberían tener habilitadas sus Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS a más tardar el 30 de mayo de 2019, modificando el término inicial establecido para el evento, esto es, del 1º de diciembre de 2018.

El artículo 1º de la Resolución 1344 de 2019, modifica el artículo 16 de la Resolución 1441 de 2016 y establece un nuevo procedimiento y término transitorio para la habilitación de las RIPSS de las EPS.

CARTAS DE INTENCIÓN

O

CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

PARA LA HABILITACION DE LAS RIPSS.

Las cartas de intención definidas en la Resolución 1441 de 2016, en el parágrafo del artículo 1º de la Resolución 1344 de 2019, y en el "Manual de Habilitación de Redes integrales de Prestadores de Servicios de Salud".

Lo establecido en la Resolución 1441 de 2016, en el inciso 2º del parágrafo del artículo 1º de la Resolución 1344 de 2019, y en el "Manual de Habilitación de Redes integrales de Prestadores de Servicios de Salud" de la Resolución 1441 de 2016, respecto a las cartas de intención allí permitidas para la habilitación de las RIPSS, es totalmente contradictorio con la exigencia de la celebración de contratos de prestación de servicios de salud por parte de las EPS, de acuerdo con lo consagrado en:

Responsabilidades de las EPS artículo 2.5.2.1.1.2. del Decreto 780 de 2016.

Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer entre otras, las siguientes funciones:

d) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan de Beneficios en Salud PBS, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud;

Condiciones de habilitación de las EPS artículo 2.5.2.3.3.1. del Decreto 780 de 2016.

Las EPS, deberán operar el aseguramiento en salud con el propósito de disminuir la ocurrencia de riesgos que comprometan:

1. ***La salud de la población afiliada,***
2. ***El funcionamiento de la entidad y***
3. ***Su sostenibilidad.***

Para garantizar su adecuado funcionamiento, las entidades deberán cumplir y demostrar como mínimo, las siguientes condiciones de habilitación ante la Superintendencia Nacional de Salud, así:

Condiciones de habilitación de las EPS artículo 2.5.2.3.3.1. del Decreto 780 de 2016.

3. Capacidad científica

Las EPS, deberán demostrar que cuentan con procesos propios y talento humano para la operación del aseguramiento en salud centrado en

1. **La representación del afiliado,**
2. **La gestión integral del riesgo en salud y**
3. **La articulación de una red integral de prestadores de servicios de salud,**

Verificable a través de:

Condiciones de habilitación de las EPS artículo 2.5.2.3.3.1. del Decreto 780 de 2016.

3.1. Representación del afiliado

a) Acuerdos de voluntades con entidades prestadoras de servicios y grupos de profesionales en salud que hacen parte de la red integral de servicios, acorde con la normatividad vigente en la materia;

3.2. Gestión integral del riesgo en salud.

d) Provisión de servicios de salud a través de prestadores debidamente habilitados;

Condiciones de habilitación de las EPS artículo 2.5.2.3.3.1. del Decreto 780 de 2016.

3.3. Red integral de prestadores de servicios de salud

Las EPS que se encuentren autorizadas para operar el aseguramiento en salud, deberán contar con Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud construidas a partir de la localización geográfica de su población afiliada y habilitadas mediante los estándares, criterios, procedimientos y plazos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

La coordinación de la red integral de prestadores de servicios de salud debe ser realizada directamente por la EPS y se entiende prohibida toda delegación que implique el traslado de los costos de administración o la inclusión de las funciones indelegables establecidas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 en el pago por la prestación de servicios de salud realizados a los prestadores que integran su red.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica para la habilitación de EPSI, numeral 4º del inciso 1º del artículo 2.5.2.4.2.8. del Decreto 780 de 2016, adicionado por el artículo 1º del Decreto 1848 de 2017.

4. Acreditar la contratación de una red de prestación de servicios en los diferentes niveles de complejidad habilitada, verificando:

1. ***Su integralidad y***
2. ***La continuidad de la atención y***
3. ***La garantía de la portabilidad nacional***

A toda la población afiliada, de conformidad con las normas vigentes.

En los procesos de contratación se dará prioridad o preferencia a las IPS Indígenas, y su tratamiento será conforme a los artículos 2.3.1.5 y 2.5.1.1.2 del Decreto 780 de 2016, o la norma que lo modifique o sustituya.

Condiciones para la revocatoria de la autorización de funcionamiento artículo 2.5.2.3.5.3. del Decreto 780 de 2016.

La Superintendencia Nacional de Salud revocará la autorización de funcionamiento de las EPS, cuando se verifique la existencia de alguna de las siguientes causales contempladas en la normatividad vigente:

g) Incumplir de forma reiterada e injustificada con el giro oportuno de los recursos a los prestadores de servicios de salud por las obligaciones causadas por concepto de servicios y tecnologías en salud;

j) Utilizar mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad, o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios de conformidad con la reglamentación vigente;

Centros de Atención artículo 1º de la Resolución 5261 de 1994.

Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, responsabilidad de las EPS:

Se prestará en aquellos PSS con los que cada EPS establezca contratos de prestación de servicios de salud;

Centros de Atención artículo 1º de la Resolución 5261 de 1994.

Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, responsabilidad de las EPS, se prestarán sin contrato en cualquier PSS en los siguientes casos especiales:

1. ***Urgencias,***
2. ***Emigración ocasional,***
3. ***Emigración temporal cuando la EPS no conteste dentro de los 10 día hábiles siguientes a la solicitud del afiliado la asignación de PSS en un municipio diferente al domicilio de afiliación,***
4. ***Dispersión del núcleo familiar cuando la EPS no conteste dentro de los 10 día hábiles siguientes a la solicitud del afiliado la asignación de PSS en un municipio diferente al domicilio de afiliación.***

Numeral 2 de la Circular Externa 006 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la auditoría del régimen subsidiado y los informes de esta a la Superintendencia Nacional de Salud.

2.1. Impartir las siguientes instrucciones a los municipios o los departamentos con corregimientos departamentales, respecto al aseguramiento del régimen subsidiado para la vigencia del 1º de abril de 2011 en adelante:

Numeral 2.1. de la Circular Externa 006 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la auditoría del régimen subsidiado y los informes de esta a la Superintendencia Nacional de Salud.

1. Vigilar permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios, la vigilancia incluirá el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado, sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en las normas vigentes.

Numeral 2.1. de la Circular Externa 006 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la auditoría del régimen subsidiado y los informes de esta a la Superintendencia Nacional de Salud.

3. Exigir a la EPS, la copia de los contratos de prestación de servicios de salud que garantiza la red de servicios de salud habilitada.

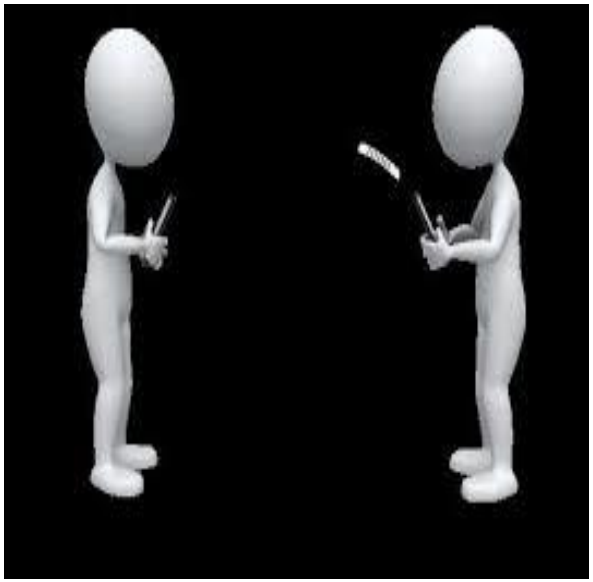
Numeral 2.1. de la Circular Externa 006 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la auditoría del régimen subsidiado y los informes de esta a la Superintendencia Nacional de Salud.

4. Respetar la libertad que tiene la EPS para seleccionar los prestadores con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud, de acuerdo a la normatividad vigente.

5. Requerir mensualmente a la EPS, los estados de cartera con los Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados contratados y demás proveedores.

Numeral 2. de la Circular Externa 006 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la auditoría del régimen subsidiado y los informes de esta a la Superintendencia Nacional de Salud.

2.2. Impartir las siguientes instrucciones a las EPS del régimen subsidiado, a las cuales deberán obligarse a partir del 1º de abril de 2011:



Numeral 2.2. de la Circular Externa 006 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la auditoría del régimen subsidiado y los informes de esta a la Superintendencia Nacional de Salud.

16. Organizar la red prestadora de servicios para la atención de los afiliados según el PBS vigente.

17. Entregar a los municipios o a los departamentos con corregimientos departamentales, la relación de los contratos vigentes especificando el tiempo de contratación con los prestadores de servicios de salud que acrediten la existencia de la red asistencial estructurada por niveles de complejidad, con su respectivo tiempo de contratación.

Igualmente, deberán actualizar permanentemente todo cambio que se presente en la red de servicios disponible.

Numeral 2.2. de la Circular Externa 006 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la auditoría del régimen subsidiado y los informes de esta a la Superintendencia Nacional de Salud.

29. Cumplir cabalmente con las obligaciones estipuladas en la normatividad vigente y en las cláusulas contractuales en los contratos de prestación de servicios de salud y garantizar oportunamente el flujo de los recursos en estos.

30. Exigir a sus prestadores de servicios de salud PSS que cumplan con los manuales de los procedimientos y que los firmen.

Numeral 2.2. de la Circular Externa 006 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la auditoría del régimen subsidiado y los informes de esta a la Superintendencia Nacional de Salud.

31. No generar mecanismos de intermediación en la conformación de la red prestadora de servicios de salud entre las EPS y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice la EPS con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la (EPSS), esto es al prestador primario habilitado.

Numeral 2.2. de la Circular Externa 006 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la auditoría del régimen subsidiado y los informes de esta a la Superintendencia Nacional de Salud.

32. No contratar la prestación de servicios de salud que los prestadores de servicios que conformen su red no tengan habilitados.

33. No contratar la prestación de servicios de salud que los prestadores de servicios que conformen su red no estén en capacidad de ofrecer

Numeral 2.2. de la Circular Externa 006 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la auditoría del régimen subsidiado y los informes de esta a la Superintendencia Nacional de Salud.

36. Los contratos por capitación que celebre la EPS con los prestadores de servicios de salud, no lo relevarán de la responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme a las normas vigentes. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el prestador de servicios de salud y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros.

Numeral 36 del numeral 2.2. de la Circular Externa 006 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la auditoría del régimen subsidiado y los informes de esta a la Superintendencia Nacional de Salud.

Los montos mínimos de contratación por capitación se calcularán con base en el porcentaje destinado a prestación de servicios de salud de la UPC-S, efectivamente recibida por la EPS, esto es, sobre el resultado de descontar del total de la UPC-S el porcentaje destinado a administración de la EPS, de acuerdo con la normatividad vigente, sin que opere algún otro descuento adicional por parte de la EPS en el cálculo del porcentaje destinado a prestación de servicios de salud de la UPC-S. Cuando la EPS realice contratos de capitación deberá requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio de la Protección Social, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias. En todo caso, la EPS deberá contar con la información antes mencionada, en la misma oportunidad con la que procesa su información. La EPS se abstendrá de celebrar o renovar contratos con los prestadores de servicios de salud que no cumplan lo previsto en materia de información.

Numeral 2.2. de la Circular Externa 006 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a la auditoría del régimen subsidiado y los informes de esta a la Superintendencia Nacional de Salud.

41. Los contratos con los prestadores de servicios de salud no podrán realizarse por un plazo inferior a un año, salvo cuando, por eventos excepcionales relacionados con el incumplimiento de las obligaciones del prestador o la revocatoria de su habilitación, se requiera una contratación por menor tiempo.

DESAPARECIMIENTO DE LOS MONTOS MÍNIMOS DE CONTRATACIÓN EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD CON LA RED PÚBLICA, Y DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO A TRAVÉS DE LA RED PÚBLICA CON LAS REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD RIPSS.

Montos mínimos de contratación en el régimen subsidiado en salud con la red pública, y la prestación de los servicios para la atención de promoción y prevención en el régimen subsidiado a través de la red pública en las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud RIPSS.

Teniendo en cuenta que en una Red Integral de Servicios de Salud, hablamos de un solo contrato entre el contratante de los servicios de salud y la Red Prestadora de los Servicios de Salud, para garantizar los servicios de salud de los contratantes, y no de un número plural de prestadores de servicios de salud, integrados mediante contratos de prestación de servicios de salud celebrados con cada uno de ellos, por un contratante de servicios de salud, quien se constituirá en el cabeza de red de esta red integrada, de tal manera que cualquier referencia, contra referencia, autorización de servicios, tendrá que contar con su venia o anuencia, propio de las Redes Integradas de Servicios de Salud, la obligación de los montos mínimos de contratación en el régimen subsidiado en salud con la red pública de que trata el artículo 16º, ley 1122 de 2007, y la obligación de la prestación de los servicios para la atención de promoción y prevención en el régimen subsidiado a través de la red pública de que trata el inciso 2º del literal f del inciso 3º del artículo 14 de la ley 1122 de 2007 para las EPSS, desaparecerían, y ya no serían obligatorias para la EPSS .

PAGO A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA.

PAGO A LOS PSS POR LA ATENCION DE LA POBLACION POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (ART. 16º, DECRETO LEY 1281 DE 2002)

Las entidades territoriales garantizarán el flujo mensual de caja de los recursos destinados a financiar la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Las reglas para el pago a los PSS con las que exista convenio y/o contrato serán las establecidas por el Decreto 46 de 2000, el Decreto 3260 de 2004 y los artículos 2.5.4.3.1. al 2.5.3.4.18. del Decreto 780 de 2016 para los pagos a los Prestadores de Servicios de Salud, es decir se pueden aplicar los distintos mecanismos de pago definidos, salvo el contrato por capitación el cual se refiere a trasladar parte de la UPC y en este evento no hablamos de UPC, sino de un presupuesto, y a que estos contratos son típicos para prestar servicios en aseguramiento en salud a población asegurada y aquí estamos hablando de administración en salud y población no asegurada.

No olvidar que ***las entidades territoriales son una clase de entidades contratantes de la prestación de servicios de salud y por ende una clase de Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud ERP tal y como lo establece el numeral 2 del inciso 1º del artículo 2.5.3.4.3. del Decreto 780 de 2016, y como tal deberán ajustarse a lo establecido por el reglamento en materia de contratación de servicios de salud.***

PAGO A LOS PSS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (INC. 1o, ART. 157 LEY 1450 DE 2011, QUE CONTINÚA VIGENTE SEGÚN ARTÍCULO 267 DE LA LEY 1753 DE 2015)

El pago que las entidades territoriales competentes realicen a los Prestadores de Servicios de Salud públicos o privados, por la prestación del servicio de salud a la población pobre no afiliada y a aquellos afiliados en lo no cubierto con subsidios a la demanda, deberá soportarse en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago que sean consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados, en los términos convenidos en los respectivos contratos.

PAGO A LOS PSS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (NL. 5º, ART. 2.5.4.3.2., DECRETO 780 DE 2016)

La ejecución de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, deberá soportarse en la compra de servicios de salud, mediante modalidades de pago, que sean consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados, en los términos convenidos en los respectivos contratos.

LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA.

Contratación de Prestación de Servicios de salud.

Por contratación Directa (Literal c, numeral 4, artículo 2 Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 92 de la Ley 1474 de 2011; artículo 2.2.1.2.1.4.4. Decreto 1082 de 2015)*, cuando se trate de Contratos Interadministrativos, esto es contratación con PSS de carácter público, siempre que haya relación directa con el objeto de la entidad ejecutora.*

Por Selección Abreviada de menor cuantía (Literal c, numeral 2, artículo 2 Ley 1150 de 2007; art. 2.2.1.2.1.2.2.0. y 2.2.1.2.1.2.2.1. Decreto 1082 de 2015) *cuando se trate de contratación de PSS de carácter privado*

SERVICIOS DE SALUD QUE NO REQUIEREN CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD .

Servicios de salud que no requieren contrato para su reconocimiento y pago.

1. ***En los casos de Urgencias,***

2. ***En los casos de atención de víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos y de otros eventos definidos por el MSYPS durante los 800 SDMLV de coberturas de servicios de salud,***

3. ***En los casos de emigración ocasional,***

4. ***En los casos de emigración temporal cuando la EPS no conteste dentro de los 10 día hábiles siguientes a la solicitud del afiliado la asignación de PSS en un municipio diferente al domicilio de afiliación, y***

5. ***En los casos de dispersión del núcleo familiar cuando la EPS no conteste dentro de los 10 día hábiles siguientes a la solicitud del afiliado la asignación de PSS en un municipio diferente al domicilio de afiliación.***

Servicios de salud que no requieren contrato para su reconocimiento y pago.

En los casos de Urgencias,

Según el inciso 2 del artículo 2 de la Ley 10 de 1990, el artículo 168 Ley 100 de 1993, el artículo 67 de la Ley 715 de 2001, el parágrafo del artículo 20 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 14 de la Ley 1751 de 2015, el artículo 2 del Decreto 412 de 1992, el artículo 2.9.1.5. del Decreto 780 de 2016, el artículo 10 de la Resolución 5261 de 1994, la Resolución 2816 de 1998, el numeral 1 del artículo 7º de la Resolución 1479 y la Resolución 5596 de 2015 y las Circulares Externas 010 de 2006 y 54 de 2008 expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

Servicios de salud que no requieren contrato para su reconocimiento y pago.

En los casos de atención de víctimas de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos y de otros eventos definidos por el MSYPS durante los 800 SDMLV de coberturas de servicios de salud,

Según los artículos 112, 113, 115 del Decreto Ley 019 de 2012, artículo 106 del Decreto Ley 2106 de 2019 que modifica el artículo 114 del Decreto Ley 019 de 2012, y los artículos 2.6.1.4.1. al 2.6.1.4.4.5. del Decreto 780 de 2016.

Servicios de salud que no requieren contrato para su reconocimiento y pago.

1. ***En los casos de emigración ocasional,***

2. ***En los casos de emigración temporal cuando la EPS no conteste dentro de los 10 día hábiles siguientes a la solicitud del afiliado la asignación de PSS en un municipio diferente al domicilio de afiliación, y***

3. ***En los casos de dispersión del núcleo familiar cuando la EPS no conteste dentro de los 10 día hábiles siguientes a la solicitud del afiliado la asignación de PSS en un municipio diferente al domicilio de afiliación.***

Dentro de la operación de la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud de que tratan los artículos 2.1.12.1. al 2.1.19.9 del Decreto 780 de 2016

HABLAREMOS ENTONCES DE DOS CLASES HABILITACION,

LA HABILITACION DE SERVICIOS DE SALUD

Y

LA HABILITACION DE LAS RIPSS.

Habilitaciones

Se clasifica en

Habilitación de servicios de salud – cada PSS miembro del CAPSS, o la OFSS como PSS-IPS, o cada PSS socio de la OFSS, o de la OFSS como operador de un PSS beneficiario.

Se realiza

Ante el Departamento, Distrito, Ministerio de salud y Protección Social por 4 años y se renueva cada año.

Habilitación de la RIPSS sea esta CAPSS u OFSS, que será tramitada por la EPS

Se realiza

Ante el Departamento, Distrito, Súper intendencia Nacional de Salud por 5 años y se renueva ante SNS cada 5 años.

VISITA DE VERIFICACIÓN PREVIA.

Visita de verificación previa: Se requerirá visita de verificación previa en los siguientes casos: (Art. 58, Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012, modificado por el artículo 92 del Decreto Ley 2106 de 2019.)

Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud,

Nuevos servicios de Urgencias, de alta complejidad, y de Oncología.

Visita que se realizará por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, dentro de los seis (6) meses siguientes a la presentación de la solicitud.

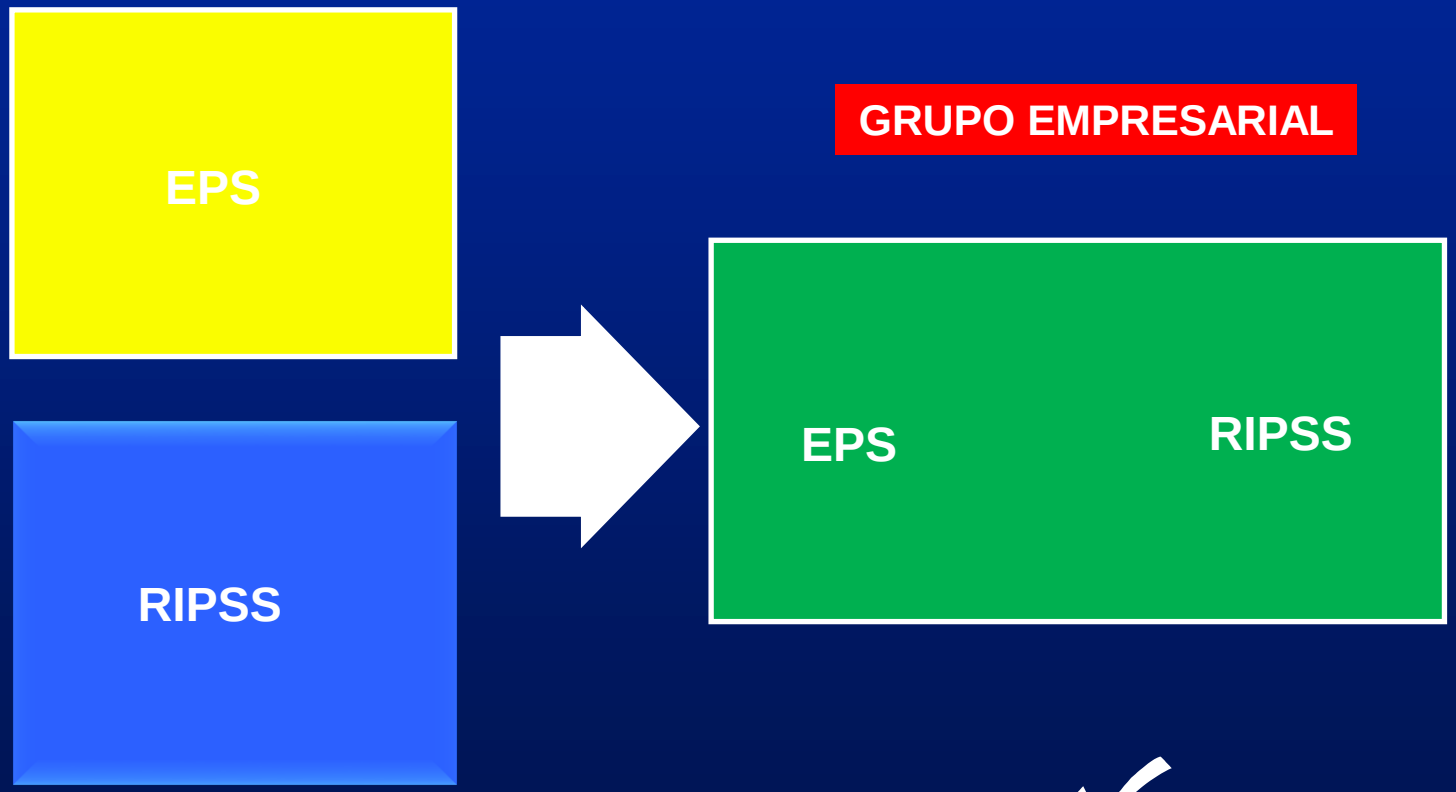
Visita de verificación previa: Se requerirá visita de verificación previa en los siguientes casos: (Artículo 14 de la Resolución 3100 de 2019)

N***uevos servicios oncológicosde Urgencias, Atención del Parto, Transporte asistencial*** *y* ***de alta complejidad,***

Visita que se realizará por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

INTEGRACION HORIZONTAL ASEGURAMIENTO, GESTION Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.

GRUPOS EMPRESARIALES PARA EL ASEGURAMIENTO EN SALUD Y LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD



COMO SER PARTE DE LA RIPSS DE UNA EPS?

MODELO DE INVERSIÓN EN RIPSS DE UN GSS.

Modelo de Inversión en RIPSS de EPS

Es el modelo de inversión que las REDES INTEGRALES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD de EPS están postulando a las entidades y personas interesadas en invertir en ellas, debido a la situación financiera por la que atraviesa el sector salud, teniendo en cuenta que el gobierno ha invitado a las EPS a buscar capitalización externa para mejorar la liquidez del sector; entre tanto el estado logra financiar y pagar los recursos que adeuda a las EPS por concepto de servicios NO POS y NO PBS, *obligaciones que han venido incrementándose en los últimos 5 años y que debido a condiciones financieras ha sido imposible que se realicen las apropiaciones presupuestales requeridas para que se hagan los pagos de estas cuentas.*

Dr. William Javier Vega Vargas

Modelo de Inversión en RIPSS de EPS

*En esta vía **las EPS están invitando a:***

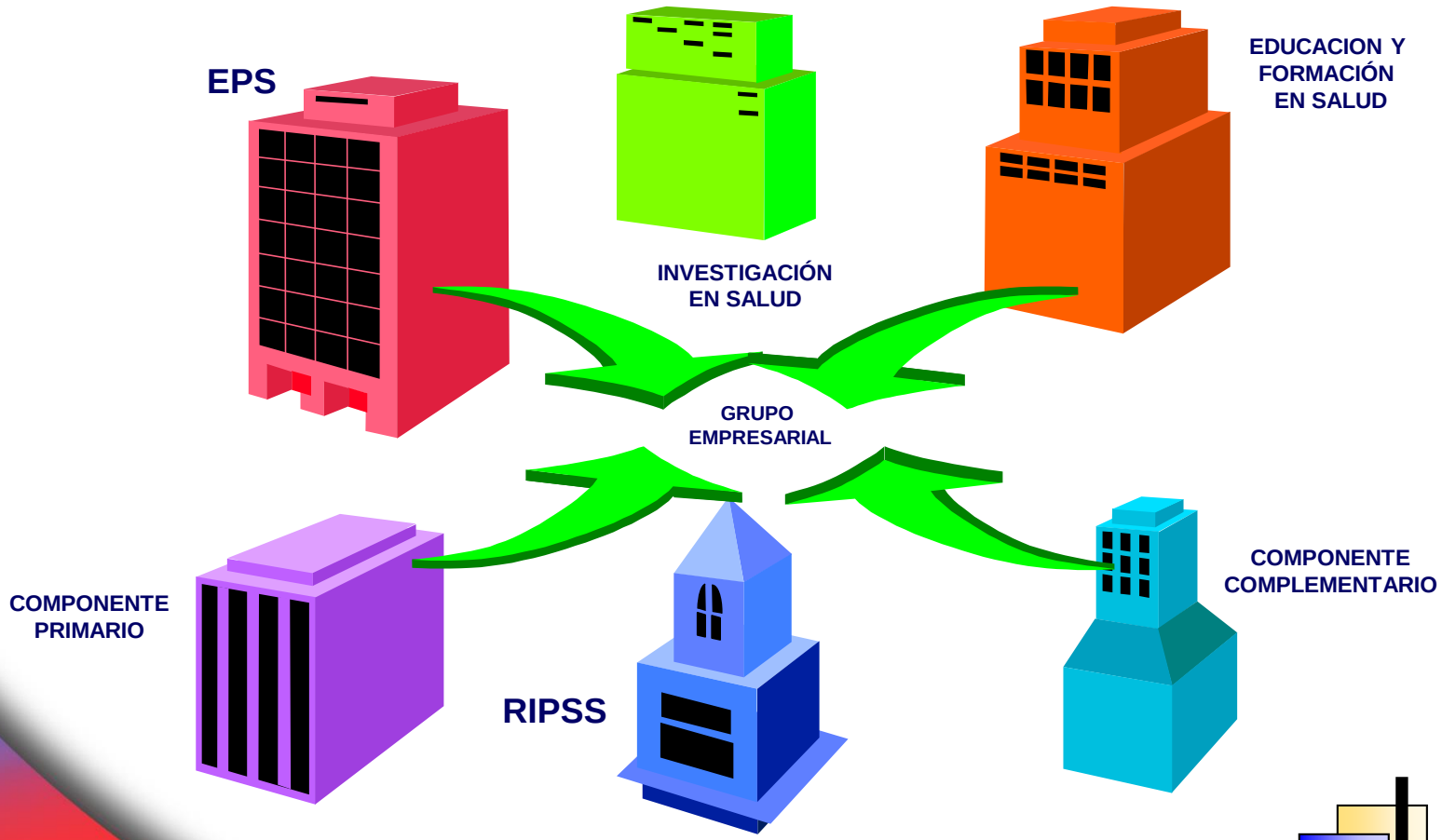
1. ***Prestadores de servicios de salud PSS,***
2. ***Proveedores de insumos,***
3. ***Proveedores de medicamentos o***
4. ***Inversionistas de capital,***

A hacer parte de la RED INTEGRAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD RIPSS de la EPS, con una capitalización directa en la red adquiriendo uno o varios paquetes de acciones.

Dr. William Javier Vega Vargas

GRUPO EMPRESARIAL MULTIPLICIDAD DE PROGRAMAS DE GESTIÓN, PRESTACIÓN, EDUCACIÓN, E INVESTIGACION EN SALUD.

Grupo Empresarial con programas de gestión de servicios de salud, de prestación de servicios de salud, de educación y formación en salud, de investigación en salud.



Dr. William Javier Vega Vargas

GRACIAS.

Celular: 3104760952 o e- mail: wjvega@gmail.com o wjvegavargas@gmail.com

WILLIAM JAVIER VEGA VARGAS

ABOGADO
Especializado en Derecho Laboral y Relaciones Industriales - Universidad Externado de Colombia.
Master en Dirección y Gestión de los Sistemas de Sistemas de Seguridad Social - OISS - Universidad de Alcalá de España

CONSULTOR
Expeto en el Sector Salud