

## CONCEPTO 20241600002037241 DE 2024

### SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

#### CONSULTA - Paciente en situación de pobreza

#### CONSULTA

*“(…) A diario los hospitales emiten pagarés a los particulares que ingresan por urgencias y no cuentan con ningún tipo de aseguramiento. Estos títulos valores se entregan por el monto total que debe el paciente al momento de su salida, cubriendo el costo total de su atención médica. Algunos de estos pagarés pueden ascender hasta los \$80.000.000 Mda/Cte. Si un paciente logra comprobar que no cuenta con los medios económicos para cancelar la totalidad de la deuda, pero desea negociar un acuerdo y solicita una reducción de la misma porque presenta una incapacidad financiera para pagar la totalidad del pagare.*

*1. ¿El hospital puede aceptar la solicitud del paciente que se encuentra en situación de pobreza y reestructurar la deuda, reduciendo el monto adeudado?*

*2. En estos casos, ¿Aplicaría la Ley 1751 de 2015? En su artículo [10](#). Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.*

*“Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:*

*i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago (…).”*

#### MARCO NORMATIVO

- Ley [100](#) de 1993

- Ley [1437](#) de 2011

- Decreto [780](#) de 2016

- Ley [715](#) de 2001

#### DESARROLLO DE LA CONSULTA Y CONCLUSIONES

Teniendo en consideración que la petición por usted formulada ha sido objeto de pronunciamiento previo por parte de esta entidad, en atención a lo dispuesto en el artículo [19](#) de la Ley 1437 de 2011 –sustituido por el artículo [1](#) de la Ley 1755 de 2015–, que faculta a las autoridades administrativas para remitirse a las respuestas previas sobre peticiones reiterativas, en aras de resolver su consulta, se citará el concepto 20241600101379471 del 2024 a través del cual fue resuelta una solicitud idéntica a la que hoy nos ocupa.

*“Sobre el asunto expuesto en la consulta, el artículo [168](#) de la Ley 100 de 1993 indica que la atención inicial de urgencia debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago.*

Similar disposición se encuentra contenida en el artículo [67](#) de la Ley 715 de 2001, según el cual “la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas”; en los artículos [10](#) y [14](#) de la Ley 1751 de 2015 y en el artículo [2.5.3.2.2.](#) del Decreto 780 de 2016.

Todas estas normas establecen que la atención médica de urgencias debe prestarse sin restricciones a todas las personas independientemente de su condición socioeconómica o de cualquier otra consideración, incluyendo el hecho de que sean extranjeras. Así lo había ratificado de vieja data la H. Corte Constitucional, en la sentencia C-[834](#) de 2007 (MP. Humberto Sierra Porto), en la cual se señaló:

“En tal sentido, en jurisprudencia constante, la Corte ha sostenido que toda persona, incluyendo por tanto a los extranjeros que se encuentren en Colombia, tienen derecho a un mínimo vital, en tanto que manifestación de su dignidad humana, es decir, un derecho a recibir una atención mínima por parte del Estado en casos de externa necesidad y urgencia, en aras a atender sus necesidades más elementales y primarias. De tal suerte que, al legislador le está vedado restringir el acceso de los extranjeros a esas prestaciones mínimas, en especial, en materia de salud, garantizadas en diversas cláusulas constitucionales y tratados internacionales sobre derechos humanos que vinculan al Estado colombiano” (Consideración jurídica núm. 6).

Teniendo claro lo anterior, resulta importante señalar que el artículo [156](#) de la Ley 100 de 1993, el literal b), indica que: “Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales”.

En ese orden, cuando se presenten atenciones en salud a personas no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el artículo [2.1.5.1.4](#) del Decreto 780 de 2016 indica que la afiliación de las mismas se hará de oficio por parte de la institución prestadora de servicios de salud o por la entidad territorial previo seguimiento de las reglas contenidas en el:

“Artículo [2.1.5.1.4](#) Afiliación de oficio. Cuando una persona no se encuentre afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud o se encuentre con novedad de terminación de la inscripción en la entidad promotora de salud, **la institución prestadora de servicios de salud o la entidad territorial, según corresponda, efectuará la afiliación de manera inmediata, aplicando las siguientes reglas:**

1. Verificará en la Base de Datos Única de Afiliados el estado de afiliación y su clasificación en la encuesta Sisbén, o el que haga sus veces.
2. Cuando la persona reúna las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo, la registrará en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscribirá en una entidad promotora de salud de dicho régimen autorizada para operar en el municipio o distrito de domicilio consultando para tal efecto la información que disponga el SAT.
3. Cuando la persona declare que no cumple las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo y se encuentre clasificada como pobre o vulnerable de acuerdo con la última metodología vigente del Sisbén, o el que haga sus veces, o pertenezca a alguna de las poblaciones que se identifican a través de listado censal, la registrará en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscribirá en una EPS del Régimen Subsidiado autorizada para operar en el respectivo municipio o distrito de domicilio.

4. Cuando la persona declare que no cumple las condiciones para pertenecer al Régimen Contributivo, que no se identifica a través de listado censal, y ha sido clasificada de acuerdo con la última metodología vigente del Sisbén, o el que haga sus veces, como no pobre o no vulnerable, la registrará en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscribirá a una EPS del Régimen Subsidiado autorizada para operar en el municipio o distrito de su domicilio, indicándole la fecha a partir de la cual deberá contribuir solidariamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y la demás información señalada en el artículo [2.1.5.2.3](#) del presente Decreto.

5. Cuando se trate de personas que no cuentan con la clasificación según la última metodología vigente del Sisbén, o el que haga sus veces, y no hacen parte de un listado censal, las registrará en el SAT e inscribirá transitoriamente en una EPS del Régimen Subsidiado autorizada para operar en el municipio o distrito de su domicilio.

Los afiliados de oficio a que alude este numeral deberán, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la inscripción en la EPS, solicitar la aplicación de la ficha de caracterización socioeconómica del Sisbén, o el que haga sus veces, ante la entidad territorial. La entidad territorial en un plazo no mayor a cuatro (4) meses contados a partir de la fecha de afiliación gestionará la aplicación de la ficha y dentro de este tiempo, una vez obtenidos los resultados, determinará el mecanismo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud que corresponda.

Vencidos los cuatro (4) meses sin que se le haya aplicado la ficha de caracterización socioeconómica del Sisbén o el que haga sus veces procederá la terminación de la afiliación de oficio en los términos del numeral 9 del artículo [2.1.3.17](#) del presente decreto; sin embargo, la persona podrá inscribirse a una EPS del Régimen Subsidiado siempre y cuando cuente con la referida ficha o cumpla las condiciones para pertenecer a este o, al Régimen Contributivo en el caso aplique.

**La entidad territorial y las IPS afiliarán de oficio a las personas con documento de identidad válido de acuerdo con la normativa vigente y aplicable, y guardarán constancia de las acciones adelantadas.**

La persona deberá elegir la EPS a la cual desea inscribirse; de no hacerlo, el Sistema de Afiliación Transaccional seleccionará de manera automática la EPS con mayor número de afiliados en la respectiva jurisdicción territorial, en cuyo caso corresponderá a la entidad territorial o a la Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPS informarle la EPS que le fue asignada. Sin embargo, la persona podrá ejercer el derecho a la libre escogencia de EPS dentro de los noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de la inscripción.

Efectuado el registro en el SAT y la afiliación de la persona en el Régimen Subsidiado o Contributivo, según corresponda, por parte del prestador o la entidad territorial, se notificará de manera automática dicha novedad a la entidad territorial, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) ya la EPS correspondiente. De no poder realizar el reporte de esta novedad, se deberá realizar el procedimiento descrito en el artículo [6](#) de la Resolución 1128 de 2020 o la norma que la modifique o sustituya.

La entidad territorial o la IPS, según corresponda, deberá informar por escrito al afiliado el resultado de la afiliación, la cual debe contener como mínimo la EPS seleccionada o asignada, los datos de contacto de dicha entidad. En caso de afiliarse mediante el mecanismo de contribución solidaria, deberá informar la tarifa a pagar y la demás información señalada en el artículo [2.1.5.2.3](#) del presente decreto.

*Parágrafo 1. La afiliación de oficio se realizará respecto de la persona que cumpla los requisitos y condiciones previstos en este artículo, sin perjuicio de que esta se encuentre obligada a afiliarse a los demás integrantes de su núcleo familiar.*

*Parágrafo 2. El municipio o distrito dentro del plazo establecido en el numeral 5 de este artículo informará lo señalado en el artículo [2.1.5.2.3](#) de este Decreto, a quienes cumplan con las condiciones para contribuir solidariamente al Sistema.” (Negrilla y subrayado fuera de texto)*

*Con relación al pago de los servicios de salud suministrados a la población pobre, el artículo 43 en su apartado 2.2 precisa que los departamentos podrán financiar con los recursos propios, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.*

*A su vez, el artículo [2.4.2.12](#) ibidem precisa que los recursos recaudados por los departamentos y distritos en virtud de los artículos [6](#) y [8](#) de la Ley 1393 de 2010 a partir de la fecha de su vigencia y hasta el 31 de diciembre de 2010, serán utilizados por las entidades territoriales para la financiación de los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, incluyendo la atención a la población pobre no asegurada.*

***En ese orden, puede afirmarse que el pago de los servicios de salud suministrados a la población pobre no asegurada compete efectuarlo a las entidades territoriales.***

*Sin perjuicio de lo anterior, deberá tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo [2.4.2.14](#) del Decreto 780 de 2016, que indica:*

*“Artículo [2.4.2.14](#) Cuotas de Recuperación. Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los siguientes casos:*

- 1. Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación;*
- 2. La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel dos del SISBEN pagará un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes;*
- 3. Para la población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento;*
- 4. Para las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2 del presente artículo;*
- 5. La población con capacidad de pago pagará tarifa plena. El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT vigentes.”*

*Así las cosas, en caso de haber lugar al cobro de alguna suma por la prestación de servicios de salud a un usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, compete a estas últimas determinar, en ejercicio de su autonomía administrativa, si celebran un acuerdo de pago con los usuarios atendiendo a su capacidad de pago.”*