

**MODELO UNICO DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL, PARA LA
INTERVENTORIA DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD EN EL
DEPARTAMENTO DE SANTANDER**

**ALEXANDRA OSPINA ARZUZA
JACKELINE VIVAS RAMOS
MARLENE FLOREZ ROJAS
SIRLY NATALIA FONSECA JOYA
NINNY JOHANA ASCANIO
AYMER ALVARADO GUTIERREZ**

**CES
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
BUCARAMANGA
2008**

**MODELO UNICO DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL, PARA LA
INTERVENTORIA DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE
SANTANDER.**

**ALEXANDRA OSPINA ARZUZA
AYMER ALVARADO GUTIERREZ
JACKELINE VIVAS RAMOS
MARLENE FLOREZ ROJAS
SIRLY NATALIA FONSECA JOYA
NINNY JOHANA ASCANIO**

**Trabajo Final para optar al título de
Auditor en Servicios de Salud**

**CES
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
BUCARAMANGA
2008**

INTRODUCCIÓN

El inadecuado desempeño del Sistema de inspección, vigilancia y control en los procesos de interventoría del régimen subsidiado, en el Departamento de Santander, generó en un grupo de profesionales vinculados al sector Salud, integrantes del la cohorte de especialización en Auditoría en Salud del CES-Universidad Autónoma de Bucaramanga, el interés por desarrollar una propuesta de mejoramiento para el control, sobre la gestión del Régimen Subsidiado, que debe implementarse en cada uno de los municipios del Departamento; mediante un modelo único, entendible, verificable y amigable para captura y procesamiento de la información, que permite obtener una evaluación ágil de la gestión y resultados, en el cumplimiento de las metas propuestas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El modelo, aquí presentado e implementado por parte de la Secretaria de Salud Departamental y los municipios, es una herramienta que puede ser replicada en todo el departamento, con el fin de avanzar hacia una gestión eficiente y transparente del régimen subsidiado, en procura de un mejor desarrollo de los servicios de salud de la población en condiciones de pobreza y vulnerabilidad del país.

Recientemente, el Decreto 1020 del 30 de marzo de 2007 y la Resolución 660 del 25 de febrero de 2008, ratifican las exigencias para la eficiencia en la Interventoría del Régimen Subsidiado, entre otras normas que se analizaron en el marco del presente trabajo, particularizando estrategias, para lograr el cumplimiento de las obligaciones de las EPS-S, IPS y del Ente Territorial.

En cumplimiento de las normas y sus reglas dinámicas, los municipios y departamentos han logrado desarrollar iniciativas para implementar los procesos y procedimientos, en concordancia con sus competencias y funciones, acumulando así experiencia y saber. Todo lo anterior en medio de una alta rotación e inestabilidad laboral de los servidores públicos a cargo; precarias condiciones laborales y locativas, falta de dotación en

equipos y suministros, sumado a una escasa capacitación y seguimiento a los departamentos por parte de la nación y de estos a los municipios, aunados a la falta de coordinación de las entidades encargadas de la inspección, vigilancia y control ha generado grandes problemas en la gestión local del aseguramiento y la prestación del servicio.

En este contexto y con el objeto de fortalecer los procesos de contratación e interventoría del Régimen Subsidiado se desarrolló de un Instrumento para el mejoramiento de la gestión local y departamental.

La propuesta de formular un modelo único de Inspección, vigilancia y control, en la interventoría del Régimen Subsidiado en Salud a nivel territorial, genero un compromiso riguroso de todos los actores del sistema, en cada uno de los niveles de intervención , dentro del marco legal vigente, logrando unificar criterios, estandarizar procesos, y generando una herramienta que agiliza la evaluación y el cumplimiento de las actividades, permitiendo un mejor funcionamiento del sistema.

Nuestro Modelo en el Departamento de Santander contempla y valora la infraestructura necesaria para el desempeño de la interventoría del Régimen Subsidiado, su ubicación bajo los estándares establecidos y los costos estimados para su ejecución.

El proceso esta sujeto a las condiciones establecidas en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, y a las modificaciones, reglamentaciones y adiciones que rigen actualmente, para asegurar una adecuada calidad de la gestión.

Así mismo, resalta y enriquece el papel y la imagen de la Secretaria de Salud Departamental como organismo rector y garante de la salud en su jurisdicción.

Para los municipios, el ámbito departamental debe ser la primera instancia de apoyo y cooperación tanto para el fortalecimiento del conocimiento en temas relacionados con el marco conceptual y de procedimientos, como para la adquisición de habilidades, destrezas y capacidades técnicas indispensables en la gestión del régimen subsidiado de salud.³

En forma adicional, la asistencia técnica departamental aporta las herramientas que conducen a la implementación, el fortalecimiento y la consolidación de los procesos de gestión municipal del régimen subsidiado.⁴

Lograr la Seguridad Social a todos los habitantes del Territorio Nacional, garantizar la administración del riesgo y la atención en salud a partir de la constitución política de 1991, se constituye en el mas ambicioso proyecto del Estado Colombiano, representa un desafío en el debate político legislativo y en las esferas del Ejecutivo, para cumplir las metas y objetivos de una gran inversión social, que mantiene en alerta, los medios de comunicación y a los entes de Control.

La sociedad Colombiana en su totalidad esta representada por un 80% de población clasificada en los niveles de pobreza entre los rangos 1 al 3 del SISBEN, lo cual explica la preocupación del Estado en invertir arduamente en la Seguridad Social en Salud, sobre todo cuando se pretende proteger a un gran porcentaje de población joven e infantil, que constituyen la fuerza potencial de un país.

^{3,4} Ministerio de Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma Régimen Subsidiado, Bogotá,D.C., 2006, Link CAJA DE HERRAMIENTAS, pag web: www.minproteccion.gov.co

2. MARCO TEORICO

Desde la transformación en la forma de prestar los servicios de salud en Colombia, y a raíz de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, que introdujo cambios profundos en el sector, como el Subsidio a la demanda, Plan Obligatorio de Salud (POS), Conversión de las Instituciones Hospitalarias en Empresas Sociales del Estado, Los Regímenes Contributivo y Subsidiado, la Unidad de Pago por Capitación, todo dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras; a los entes territoriales le fueron asignadas, por la misma norma una serie de responsabilidades frente al Sistema: su conformación, articulación, regulación, seguimiento, inspección, vigilancia y control. Si bien es cierto que las anteriormente llamadas Seccionales de Salud, se encargaban de hacer cumplir los Lineamientos en Las Políticas de Salud del Nivel Central (Ministerio de Salud), asumían la responsabilidad de los programas de Salud Pública a nivel Territorial, y eran las responsables del funcionamiento de los puestos, centros de Salud, Hospitales Regionales, Municipales, y entidades Adscritas al sector salud, por citar un ejemplo, el Servicio de Erradicación de La Malaria (SEM), algunos aspectos como la regulación de la prestación de los servicios de salud en el ámbito de lo privado, escapaba muchas veces de su alcance. Al terminar el período de transición que estableció la ley 100, los departamentos con sus respectivas Secretarías de Salud, debieron enfrentar los nuevos retos planteados en un sistema, que convirtió la salud en un servicio Público a cargo del Estado, con participación del sector privado, donde se modificó el subsidio a la oferta por el concepto de administración del subsidio a la demanda, y con un modelo orientado por la descentralización administrativa y financiera de las instituciones y entidades a, encargadas de su funcionamiento; creándoles nuevas necesidades de tipo logístico, de procesos y resultados. Con un

enfoque de servicio, encaminado a satisfacer las necesidades del usuario, como objetivo principal, dentro de unas políticas claras de calidad, control del riesgo y participación activa de la comunidad en la evaluación y planeación de los programas e intervenciones en el sector salud.

5-Ministerio de Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma Régimen Subsidiado, Bogotá,D.C, 2006, Link CAJA DE HERRAMIENTAS, pag web: www.minproteccion.gov.co

CONCEPTOS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

a. Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.⁶

b. Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades,⁷ adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

c. Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.⁸

d. Modelo de atención. Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contra referencia.⁹

e. Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.¹

La contra-referencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra-remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.¹⁰

f. Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.¹¹

g. Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo

de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.¹²

6,7 Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Decreto Número 4747 de 2007. art 3, lit a, b. 1p

8,9 Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Decreto Número 4747 de 2007. art 3, lit c, d 1,2p

h. Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, Procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud.¹³

La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

i. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos

La competencia laboral de una persona es el conjunto de conocimientos, habilidades y Destrezas que posee para desempeñar funciones productivas muy concretas y ligadas a resultados o productos finales, que cumplan con estándares de calidad establecidos.¹⁴

j. Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia. Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.¹⁵

k. Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, **cumplan con las normas** que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este. ¹⁶

l. Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para **ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular** (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.¹⁷

Interventoría: es un proceso permanente dirigido a fortalecer la operación del Régimen Subsidiado y verificar el cumplimiento de las obligaciones del contrato de aseguramiento para garantizar el acceso de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.¹⁸

Tienen derecho al Régimen Subsidiado las personas pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN, quienes podrán acceder a través de un subsidio total y las personas del área urbana pertenecientes a los niveles 2 y 3 del SISBEN, quienes podrán acceder a través de un subsidio parcial.

Subsidios Totales: Las personas que acceden al esquema de subsidios totales tendrán derecho a recibir el conjunto básico de servicios de atención en salud establecidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado POS-S.

Subsidios Parciales: Las personas que accedan al esquema de subsidios parciales tendrán derecho a recibir los siguientes beneficios del POS-S: Atención integral de enfermedades de alto costo, atención integral en traumatología y ortopedia, incluida la

rehabilitación física necesaria en estos casos, atención integral del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones, atención integral al menor de un año, los medicamentos que sean formulados como parte de las atenciones señalada anteriormente.

Las alcaldías de cada municipio, las Gobernaciones (en el caso de los corregimientos departamentales) y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. elaboran las listas de potenciales afiliados al Régimen Subsidiado, clasificados en los niveles 1, 2 y 3 de la encuesta SISBEN, en orden ascendente de menor a mayor puntaje y de la más antigua a la más reciente, con su núcleo familiar cuando haya lugar a ello, así como en los listados censales y se priorizará teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Recién nacidos
2. Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
3. La población del área rural
4. Población indígena
5. Población del área urbana

En cada uno de los grupos de población, descritos en los numerales 3, 4 y 5 anteriores, se priorizarán los potenciales afiliados en el siguiente orden:

1. Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y posnatal.
2. Niños menores de cinco años.
3. Población en condición de desplazamiento forzado.
4. Población con discapacidad identificada mediante encuesta SISBEN.
5. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal.
6. Población de la tercera edad.
7. Núcleos familiares de las madres comunitarias.
8. Desmovilizados.

Los recién nacidos, la población infantil menor de 5 años y los menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, podrán afiliarse sin su grupo familiar.

Las Administradoras de Régimen Subsidiado ARS, debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, están obligadas a garantizar la prestación de los servicios de salud a que tiene derecho todo afiliado.

10, 11, 12, 13 Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Decreto Número 4747 de 2007. art 3, lit d, e, f, art 4 lit a, b 2p

14 Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Decreto Número 4747 de 2007. Art 4 lit c, 2p.

15, 16, 17 Congreso de la República de Colombia, Bogotá D.C. Ley 1122 de 2007. Capítulo VII. Art 35, lit a,b,c 14p.

2.1 EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:

Es Conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Principios:

Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad, Participación

Componentes:

- Sistema General de Pensiones
- Sistema General de Salud
- Sistema General de Riesgos Profesionales
- Servicios Sociales complementarios

El Decreto 1011 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus disposiciones aplican a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las EPS del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Pre-pagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Las acciones que desarrolla el SOGCS se orienta a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados. Las características del SOGCS son las siguientes:

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen contributivo y subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

1. Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de

Las EPS-RS deben establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos: referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3° de este Decreto.

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

Por otra parte, la Resolución 1446 de 2006 define el Sistema de Información para la Calidad y los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. El sistema de Información para la calidad, tiene por objeto:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

2.1.1 EL CONTRATO DE ASEGURAMIENTO.

Para administrar los recursos del Régimen Subsidiado de Salud y proveer el aseguramiento de la población afiliada a este Régimen, las entidades territoriales suscriben contratos de aseguramiento con cada EPS del Régimen Subsidiado de Salud.

El objeto del contrato para la administración de recursos del Régimen Subsidiado de Salud, establecido en la minuta adoptada por la Resolución 838 de 2004 , es: “ la administración de los recursos del régimen subsidiado en salud y el aseguramiento de los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Subsidiado, identificados mediante listado anexo y que libremente hayan seleccionado a esta EPS-S, con el fin de garantizar a los mismos, la prestación de los servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado vigente al momento de la prestación de servicios y de conformidad con la Ley 100 de 1993, sus Decretos Reglamentarios, los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las determinaciones que adopte el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que lo adicionen, modifiquen o complementen”

La normatividad dispone que se debe firmar un solo contrato por el número

de afiliados de continuidad y de traslados pero discriminando los afiliados de poblaciones especiales tales como desmovilizados, indígenas, población rural no migratoria menores a cargo del ICBF, población Rom y Raizal de San Andrés y otros. Para la continuidad de la población desplazada se suscribe un contrato nuevo por cada EPS-S. Para la contratación de afiliados de ampliación de cobertura se suscriben contratos nuevos cada año.

Los municipios solo pueden contratar el Régimen Subsidiado con las EPS-S que estén habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud, que hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región o estén autorizadas para contratar en departamentos excepcionales y finalmente que se encuentren inscritas en el municipio.

2.1.2 LOS PERIODOS DE CONTRATACION

El período de contratación es de un (1) año, comprendido entre el primero (1°) de abril y el treinta y uno (31) de marzo y es prorrogable anualmente hasta por dos (2) años más, previo el trámite presupuestal pertinente.

Sin embargo para los procesos de ampliación de cobertura el Ministerio de la Protección Social define mediante resoluciones los periodos de ampliación de cobertura procurando en todo caso que dichos contratos terminen, por lo general, el 31 de marzo del año siguiente al que se suscriben.

2.1.3 PROCESO DE CONTRATACIÓN DEL ASEGURAMIENTO ENTRE LAS ENTIDADES TERRITORIALES Y LAS EPS-S

Este macro-proceso comprende seis (6) subprocesos y múltiples procedimientos y actividades interrelacionadas, las cuales incluyen, la suscripción de contratos, la verificación del cumplimiento de requisitos de

contratación por parte de las EPS de Régimen Subsidiado de Salud, el seguimiento del cumplimiento de las obligaciones contractuales, la certificación de pagos y la liquidación de contratos con las EPS.

Los subprocesos mencionados son los siguientes:

- Suscripción y legalización de contratos: en este subproceso se diligencian las minutas de contratos de acuerdo al tipo de contrato (ampliación y continuidad) y la modalidad de subsidio: subsidio (total o parcial). Con base en el número de afiliados de cada EPS-RS y la duración del contrato se establece el valor, (el cual se obtiene de multiplicar el número de afiliados por la UPC-S aplicable para cada periodo contractual), se discrimina por fuente de financiación conforme a la disponibilidad de recursos, se firma por las partes, se anexan la pólizas; se ingresa en el aplicativo de contratos del administrador fiduciario y se radica en la entidad departamental para que allí se realicen las actividades que le son pertinentes (ver manual departamental). Finalmente se archiva en el municipio con sus correspondientes soportes para su seguimiento, entre otras actividades.

El contrato se suscribe para asegurar a un número de afiliados debidamente identificados en la BDUA, por lo tanto el municipio debe hacer entrega en el momento de su suscripción, de la base de datos de afiliados inicial de cada contrato.

- Administración de la base de datos BDUA: que incluye a su vez:
 - Manejo de novedades en este subproceso se identifican y validan los diferentes cambios en la información de afiliación, especialmente los que implican modificaciones en los valores a pagar a las EPS-RS. Es importante

resaltar que las novedades deben ser validadas por el interventor del contrato en la periodicidad que se defina en el mismo (mensual o bimensual). Incluyen los cambios por nacimientos, fallecimientos, traslados, múltiples afiliaciones.

- Realización de inclusiones y reemplazos: en este subproceso se hacen efectivas las inclusiones y reemplazos identificados en el subproceso de manejo de novedades, conservando los criterios de priorización vigentes.

- INTERVENTORÍA Y SEGUIMIENTO A CONTRATOS: corresponde a la verificación del cumplimiento de los compromisos contractuales adquiridos entre la EPS-RS y el ente territorial. Para cumplir esas actividades se debe establecer una interventoría permanente de carácter interno o externo que podrá ser desarrollada en el ámbito regional o municipal, y que deberá elaborar como mínimo dos informes anuales y remitir el resultado a los departamentos para su consolidación.

Adicionalmente, ver Ley 1122 de 2007 artículo 13 literal e).

- Certificación de pagos: como su nombre lo indica, en este subproceso se realizan las actividades para determinar y certificar el valor del pago bimestral a cada EPS-RS. Implica confrontar las novedades reportadas por las EPS-RS, verificar sus soportes, avalarlas o rechazarlas, verificar los informes de la interventoría, las facturas de las EPS-RS y el trámite de tesorería correspondiente a cada entidad territorial.
- Liquidación de contratos: en este subproceso se da por concluida la relación contractual, y se determinan los saldos a favor o en contra del municipio, si es el caso.

- Evaluación y ranking de EPS-RS: en este subproceso la entidad territorial lleva a cabo evaluaciones del desempeño de las EPS-RS con el objeto de brindar información a los usuarios para que la libre escogencia y toma de decisiones se haga con base a la calidad de los servicios y demás información relevante para el ejercicio de los derechos de los usuarios contemplados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.1.4. OPERACIÓN REGIONAL DE LAS EPS-S

A partir de octubre de 2005, se inicia en el país la operación regional del Régimen Subsidiado de Salud, la cual tiene por objeto garantizar la gestión eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación del servicio a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, fortaleciendo la capacidad resolutoria y la estabilidad financiera de las EPS del Régimen Subsidiado de Salud habilitadas seleccionadas en cada región y mejorar la capacidad de vigilancia y control de las mismas por parte del Sistema¹. El país se dividió entonces en cinco regiones conformadas por los departamentos y sus respectivos municipios de la siguiente manera:

- 1. Región Norte:** Departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Atlántico, Magdalena y Guajira;
- 2. Región Noroccidental:** Departamentos de Antioquia, San Andrés y Providencia, Chocó, Caldas, Risaralda, Quindío y Tolima;
- 3. Región Nororiental:** Departamentos de Norte de Santander, Santander, Cesar, Boyacá, Arauca y Casanare;
- 4. Región Centroriental:** Bogotá, D. C., y los departamentos de Huila, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Guainía, Vaupés y Vichada;
- 5. Región Sur:** Departamentos de Valle, Cauca, Nariño, Putumayo, Caquetá y Amazonas.

De manera excepcional, las EPS del Régimen Subsidiado de Salud podrán operar en hasta dos departamentos de regiones diferentes a aquellas en las que fueron seleccionadas.

2.2. MARCO NORMATIVO

El proceso de implementación del régimen subsidiado de salud se ha orientado a través de los años, desde la implementación de la Ley 100 de 1993, y posteriormente, mediante normas emanadas del ámbito nacional, que se han venido modificando y ajustando con el tiempo. Las primeras “reglas de administración del régimen subsidiado de salud” fueron consignadas en el Decreto 1895 de 1994; sin embargo, mediante el decreto 2491 del mismo año se presentó un retroceso al proponer un régimen de transición que autorizó a las direcciones seccionales y locales de salud para ejercer las funciones de administración del régimen de subsidios.¹⁹

El decreto 2491 fue rectificado mediante el 2357 de 1995, y luego el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) –mediante los acuerdos 23 de 1995, 77 de 1997 y 244 de 2003 y sus múltiples acuerdos modificatorios ha definido “la forma y condiciones de su operación”.

LEYES, ACUERDOS, RESOLUCIONES Y CIRCULARES.

A continuación se relacionan las principales disposiciones normativas y de ley que tienen implicaciones en los procesos y actividades que deben desarrollar los Departamentos para cumplir su función dentro de la operación del Régimen Subsidiado.

LEY 100 DE 1993

Art. 153, numeral 4. Establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud y que asegurará a los usuarios libertad en la escogencia de asegurador y prestador de servicios cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios.

Art. 221 establece que los recursos del FOSYGA, cofinancian con los Entes Territoriales, los subsidiados a los usuarios afiliados, según las normas del Régimen Subsidiado

Art. 215, 216,217. Las direcciones locales, distritales o departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las entidades promotoras de salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Para lo cual contratarán preferiblemente la administración de los recursos del subsidio con empresas promotoras de salud de carácter comunitario tales como las empresas solidarias de salud.

Cuando la contratación se realice con empresas o entidades que no sean propiedad de los usuarios como las empresas solidarias de salud, la contratación con las promotoras de salud se regirá mediante concurso. Las Cajas de Compensación Familiar, podrán administrar directamente los recursos del Régimen Subsidiado.

LEY 1122 de 2007.

Por medio de la cual se reforman algunos aspectos del SGSSS, contemplados en la Ley 100 de 1993.

Artículo 2°. Evaluación por resultados. El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada

en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. Cuando las entidades municipales no cumplan con los indicadores de que trata este artículo, los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina. Cuando sean los Departamentos u otras entidades del sector de la salud, los que incumplen con los indicadores, la administración cautelar estará a cargo del Ministerio de la Protección Social o quien este designe. Si hay reincidencia, previo informe del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará y podrá imponer las sanciones establecidas en la ley.

Artículo 11. Modifícase el artículo 214 de la Ley 100, el cual quedará así:

Artículo 214. Recursos del Régimen Subsidiado. El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1. De las entidades territoriales.

b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial;

c) Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, a partir del año 2009, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinará por lo menos el 25% a la financiación del régimen subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente ley estén asignando, si este es mayor. Estos recursos se contabilizarán como

esfuerzo propio territorial. Para los años 2007 y 2008 se mantendrá en pesos constantes el monto de los recursos de rentas cedidas asignados al régimen subsidiado en la vigencia 2006;

d) Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado;

e) Los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al régimen subsidiado, diferentes a los que deben destinar por ley, deberán estar garantizados de manera permanente.

3. Otros.

c) El 15% de los recursos adicionales que a partir de 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana;

Artículo 12. Pago de Deudas al Régimen Subsidiado. Autorízase a los municipios y departamentos para destinar por una sola vez, recursos no comprometidos, provenientes del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías, para el pago de las deudas con el Régimen Subsidiado de Salud vigentes a 31 de diciembre de 2004, que hayan sido registradas en los estados financieros de las ARS a diciembre de 2005. Si las ARS (a partir de esta ley EPS del régimen subsidiado) con las que se tengan estas cuentas le adeudan a la red de prestadores, el FAEP y el Fondo Nacional de Regalías, realizarán el giro directo a las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública, previa revisión de las cuentas pendientes con el régimen subsidiado.

Artículo 13. Flujo y protección de los recursos. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

a) El gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido en la ley. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público girará por trimestre anticipado los recursos que por Presupuesto Nacional le correspondan al Fosyga;

b) Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social.

Las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2° de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley;

Artículo 14. Organización del Aseguramiento.

l) Por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento público en dichos Departamentos;

Artículo 17. Liquidación de contratos en el régimen subsidiado. Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial.

Artículo 20. Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Parágrafo. Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 salarios mínimos legales

mensuales vigentes (smlmv) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.

Artículo 26. De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.

Parágrafo 2°. La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas. Especial interés tendrán los departamentos de Amazonas, Casanare, Caquetá, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés.

Artículo 27. Regulación de las Empresas Sociales del Estado.

Parágrafo 4°. Para los departamentos nuevos creados por la Constitución de 1991 en su artículo 309, que presenten condiciones especiales, y el departamento del Caquetá, el Ministerio de la Protección Social reglamentará en los seis meses siguientes a la expedición de esta ley, la creación y funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado, con los servicios especializados de mediana y alta complejidad requeridos, priorizando los servicios de Telemedicina.

La Contratación de servicios de Salud para las Empresas Sociales del Estado de estos Departamentos se realizará preferiblemente con las EPS públicas administradoras del régimen subsidiado, las cuales se fortalecerán institucionalmente

Artículo 40. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.

b) Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos que se tramitan en las

entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios; Además algunas de las funciones podrán ser delegadas a los departamentos.

Artículo 44. De la información en el Sistema General de Seguridad Social. Parágrafo 1°. En todo caso las Entidades Promotoras de Salud, EPS, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. Estas se administrarán de acuerdo a los lineamientos técnicos del Ministerio de la Protección Social y estarán al servicio de los diversos actores que deben tomar decisiones especialmente el Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Fosyga, la Superintendencia Nacional de Salud, los Municipios, Distritos y Departamentos, las Administradoras del Régimen Subsidiado y los prestadores de servicios.

LEY 951 DE 2005

Crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva de Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

Crea el Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente.

LEY 812 DE 2003

Por la cual se aprobó el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006.

Art. 55. Convenios de asociación, Establece que los para racionalizar los costos de supervisión, interventoría o auditoría a los contratos del régimen subsidiado, los municipios podrán asociarse con otros municipios o departamentos con Determina los lineamientos para:

Art. 54. Aseguramiento Universal, Indica que los recursos originados en la transformación de subsidios de oferta a subsidios a la demanda para los años 2004,2005 y 2006 deberán ser usados por los entes territoriales exclusivamente en ampliaciones de cobertura . Los departamentos, Distritos y Municipios deberán destinar corregimientos departamentales mediante convenios de asociación según sea reglamentado. La interventoría a los contratos solo podrá ser ejercida por entidades acreditadas en los términos que defina el reglamento.

Art. 57 Para el fortalecimiento del SGSSS, el Gobierno Nacional organizara el esquema de Gestión y de Inspección Vigilancia y Control a corto, mediano y largo plazo, descentralizando con el apoyo y al concurrencia de las Entidades Territoriales, la participación ciudadana, las auditorías externas, las universidades y en general los organismos de control fiscal del Estado, con el fin de proteger los derechos de los afiliados y/o usuarios.

Ley 715 de 2001

Art. 43, Define las competencias de las entidades territoriales en el sector salud. Para el caso de los departamentos se definen como competencias entre otras las siguientes:

- Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo de sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.
- Adoptar, difundir, implementar, ejecutar y evaluar en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y

del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con estas.

- Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud en su jurisdicción.
- Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para la salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.
- Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de la Protección Social, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción
- Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida en el sistema.
- Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.
- Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para la inclusión en los planes y programas nacionales.
- Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
- Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por el 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.
- Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Art. 59, Rentas cedidas y gastos de funcionamiento.

Art.60, Financiación de las direcciones territoriales de salud. Los gastos de funcionamiento de las dependencias y organismos de dirección de los departamentos, distritos y municipios podrán financiarse con sus ingresos corrientes de libre destinación y podrán destinar hasta un 25% de las rentas cedidas para tal fin. No menos del 20% del monto de las rentas cedidas que se destinan a gastos de funcionamiento, podrán financiar las funciones de asesoría y asistencia técnica, inspección, vigilancia y control del Régimen Subsidiado y Salud Pública. En caso de no acreditar la capacidad técnica establecida o que sus resultados no sean satisfactorios, según evaluación y supervisión realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, el Departamento contratara dichos procesos con entidades externas.

Art. 89. Seguimiento y control fiscal de los recursos del Sistema General de Participaciones. Indica que las Secretarías de Planeación Departamental o quienes hagan sus veces, cuando detecten una presunta irregularidad en el manejo de los recursos administrados por los municipios, deberán informar a los organismos de control, para que dichas entidades realicen las investigaciones correspondientes. Si dichas irregularidades no son denunciadas, los funcionarios departamentales competentes serán solidariamente responsables con las autoridades municipales.

Ley 489 de 1998

Regula el ejercicio de la función administrativa.

Artículo 17. Políticas de desarrollo administrativo. Las políticas de desarrollo administrativo formuladas por el Departamento Administrativo de la Función Pública y adoptadas por el Gobierno Nacional tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos:

1. Diagnósticos institucionales.
2. Racionalización de trámites, métodos y procedimientos de trabajo.
3. Ajustes a la organización interna de las entidades, relacionadas con la distribución de competencias de las dependencias o con la supresión, fusión o creación de unidades

administrativas fundamentadas en la simplificación de los procedimientos identificados y en la racionalización del trabajo.

4. Programas de mejoramiento continuo de las entidades en las áreas de gestión, en particular en las de recursos humanos, financieros, materiales, físicos y tecnológicos, así como el desempeño de las funciones de planeación, organización, dirección y control.

5. Adaptación de nuevos enfoques para mejorar la calidad de los bienes y servicios prestados, metodologías para medir la productividad del trabajo e indicadores de eficiencia y eficacia.

6. Estrategias orientadas a garantizar el carácter operativo de la descentralización administrativa, la participación ciudadana y la coordinación con el nivel territorial.

7. Identificación de actividades obsoletas y de funciones que estén en colisión con otros organismos y entidades, que hubieren sido asignadas al nivel territorial, o que no correspondan al objeto legalmente establecido de las entidades.

8. Estrategias orientadas a fortalecer los sistemas de información propios de la gestión pública para la toma de decisiones.

9. Evaluación del clima organizacional, de la calidad del proceso de toma de decisiones y de los estímulos e incentivos a los funcionarios o grupos de trabajo.

10. Identificación de los apoyos administrativos orientados a mejorar la atención a los usuarios y a la resolución efectiva y oportuna de sus quejas y reclamos.

11. Diseño de mecanismos, procedimientos y soportes administrativos orientados a fortalecer la participación ciudadana en general y de la población usuaria en el proceso de toma de decisiones, en la fiscalización y el óptimo funcionamiento de los servicios.

LEY 298 DE 1996

Crea La Contaduría General de la Nación y asigna funciones al contador, entre otras disposiciones.

LEY 190 DE 1995

Se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública y a su vez fija disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa.

LEY 87 DE 1993

Establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado.

LEY 80 DE 1993

Dispone reglas y principios para la contratación de las entidades estatales.

Ley 42 de 1993

Establece el conjunto de preceptos que regulan los principios, sistemas y procedimientos de control fiscal financiero, de los organismos que lo ejercen en los niveles nacional, departamental y municipal y de los procedimientos jurídicos aplicables.

Ley 872 de 2003

Sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios

LEY 691 2001

Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia

Artículo 1°. Aplicación. La presente ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los

Pueblos Indígenas de Colombia, entendiendo por tales la definición dada en el artículo 1° de la Ley 21 de 1991.

Artículo 2°. Objeto. La presente ley tiene por objeto proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas.

Artículo 3°. De los principios. Para la interpretación y aplicación de la presente ley, además de los principios generales consagrados en la Constitución Política y de los enunciados en la Ley 100 de 1993, es principio aplicable el de la diversidad étnica y cultural; en virtud del cual, el sistema practicará la observancia y el respeto a su estilo de vida y tomará en consideración sus especificidades culturales y ambientales que les permita un desarrollo armónico a los pueblos indígenas.

CAPITULO II

Formas de vinculación

Artículo 5°. Vinculación. Los miembros de los Pueblos Indígenas participarán como afiliados al Régimen Subsidiado, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, excepto en los siguientes casos: 1. Que esté vinculado mediante contrato de trabajo. 2. Que sea servidor público. 3. Que goce de pensión de jubilación. Las tradicionales y legítimas autoridades de cada Pueblo Indígena, elaborarán un censo y lo mantendrán actualizado, para efectos del otorgamiento de los subsidios. Estos censos deberán ser registrados y verificados por el ente territorial municipal donde tengan asentamiento los pueblos indígenas.

CAPITULO III

Del régimen de beneficios

Artículo 6°. De los planes de beneficios. Los Pueblos Indígenas serán beneficiarios de los planes y programas previstos en la Ley 100 de 1993, así: 1. Plan Obligatorio de Salud. 2. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (conforme se define en el Acuerdo 72 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud). 3. Plan de Atención Básica. 4. Atención Inicial de Urgencias. 5. Atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos. Las actividades y procedimientos no cubiertos por ninguno de los anteriores Planes y Programas, serán cubiertos con cargo a los recursos del Subsidio a la Oferta en las Instituciones Públicas o las Privadas que tengan contrato con el Estado.

Artículo 7°. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado P.O.S.S. El Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado para los Pueblos Indígenas será establecido de manera expresa por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como un paquete básico de servicios, debidamente adecuado a las necesidades de los Pueblos Indígenas, en concordancia con el artículo anterior y la Ley 100 de 1993.

Artículo 8°. Subsidio Alimentario. Debido a las deficiencias nutricionales de los Pueblos Indígenas, el P.O.S.S. contendrá la obligatoriedad de proveer un subsidio alimentario a las mujeres gestantes y a los menores de cinco años. El Instituto de Bienestar Familiar –o la entidad que haga sus veces el Programa Revivir de la Red de Solidaridad (o el organismo que asuma esta función), los departamentos y los municipios darán prioridad a los Pueblos Indígenas, para la asignación de subsidios alimentarios o para la ejecución de proyectos de recuperación nutricional, a partir de esquemas sostenibles de producción.

Artículo 9°. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo P.O.S.C. Para efectos de la aplicación de este plan a los miembros de los Pueblos Indígenas con capacidad de pago, las Empresas Promotoras de Salud públicas o privadas, estarán obligadas a diseñar e implementar la prestación de los servicios de P.O.S.C., en igualdad de condiciones de acceso y respetando sus derechos con relación al resto de la comunidad en la que habita. Es decir, tales EPS se sujetarán estrictamente al

principio de la no discriminación en contra de los miembros de las comunidades de los Pueblos Indígenas, en materia de criterios, fines, acciones, servicios, costos y beneficios.

Artículo 10. Plan de Atención Básica. La ejecución del P.A.B., será gratuita y obligatoria y se aplicará con rigurosa observancia de los principios de diversidad étnica y cultural y de concertación.

Artículo 11. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos. Para la aplicación de este Plan, a los miembros de los Pueblos Indígenas, se considera evento catastrófico el desplazamiento forzado, bien sea por causas naturales o hechos generados por la violencia social o política.

CAPITULO IV

De la financiación

Artículo 12. Financiación de la afiliación. La afiliación de los Pueblos Indígenas al régimen subsidiado se hará con cargo a los recursos provenientes de: a) Recursos del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud; b) Con aportes del Fosyga, subcuenta de solidaridad; c) Con recursos de los Entes Territoriales, y d) Con aportes de los Resguardos Indígenas.

CAPITULO V

De la administración de los subsidios

Artículo 14. Administradoras. Podrán administrar los subsidios de los Pueblos Indígenas, las Entidades autorizadas para el efecto, previo cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley. Las autoridades de Pueblos Indígenas podrán crear Administradoras Indígenas de Salud (ARSI), las cuales podrán en desarrollo de la presente ley: a) Afiliar a indígenas y población en general beneficiarios del régimen subsidiado de Seguridad Social en Salud; b) El número mínimo de afiliados con los que

podrán operar las Administradoras Indígenas de Salud (ARSI), será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, de los cuales por lo menos el 60% deberá pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos; c) Disponer de un patrimonio mínimo equivalente al valor de ciento cincuenta (150) smlmv (salarios mínimos legales mensuales vigentes) por cada cinco mil (5.000) subsidios administrados. Para efectos del cálculo del capital mínimo a que se refiere el presente artículo, los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar el cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales serán tomados por el valor en libros.

Artículo 15. Asesoría. El Ministerio de Salud, garantizará la asesoría para la conformación, consolidación, vigilancia y control de las entidades creadas o que llegaren a crearse por los Pueblos Indígenas, para la administración del régimen subsidiado. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia y el Control sobre dichas entidades.

CAPITULO VI

De afiliación y movilidad en el sistema

Artículo 16. Continuidad en la afiliación. Las entidades territoriales y el Fondo de Solidaridad y Garantías, deben garantizar la continuidad de la afiliación al régimen subsidiado de todos los miembros de los Pueblos Indígenas y en especial de sus niños desde el momento de su nacimiento.

Artículo 17. Escogencia de la Administradora. Cada comunidad indígena, por el procedimiento que ella determine, y en acta suscrita por las autoridades propias, seleccionará la institución administradora de los recursos del sistema subsidiado, a la cual deberá afiliarse o trasladarse la totalidad de los miembros de la respectiva

comunidad. Cualquier hecho conducta manifiesta orientada a distorsionar la voluntad de la comunidad, para la afiliación o el traslado de que trata el presente artículo, invalidará el contrato respectivo y en este evento se contará con 45 días hábiles para el traslado.

Artículo 18. Limitaciones. Las autoridades de los Pueblos Indígenas, en atención a las facultades que les confiere la Ley y de conformidad con sus usos y costumbres, podrán establecer limitaciones a la promoción de servicios o al mercadeo de las administradoras del régimen subsidiado dentro de sus territorios, en el espíritu y propósito de preservar su identidad e integridad socioculturales.

Artículo 20. Exención. Los servicios de salud que se presten a los miembros de pueblos indígenas del régimen subsidiado estarán exentos del cobro de cuotas moderadoras y copagos. Los miembros de pueblos indígenas del régimen contributivo, en los términos del artículo 5°, estarán sujetos al pago de cuotas moderadoras y copagos.

CAPITULO VII

De la participación en los órganos de dirección del sistema

Artículo 25. De la contratación con IPS públicas. Para efectos, de la contratación que de manera obligatorio deben efectuar las administradoras 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.

Artículo 27. Sistemas de información. El Ministerio de Salud adecuará los sistemas de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para que estos respondan a la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, incluyendo en particular indicadores concernientes a patologías y conceptos médicos tradicionales de los Pueblos Indígenas, en orden a disponer de una información confiable, oportuna y coherente con sus condiciones, usos y costumbres, que permita medir impacto, eficiencia, eficacia, cobertura y resultados de los Servicios de Salud correspondientes.

Artículo 29. Sistema de referencia y contra referencia. Para garantizar el acceso a los niveles superiores de atención médica, el Sistema de Referencia y Contra referencia permitirá la remisión y atención pronta y oportuna de los Indígenas que lo requieran. Parágrafo. En las ciudades con hospitales de segundo y tercer nivel de atención médica, se dispondrán las acciones pertinentes para organizar casas de paso, en las cuales se hospedarán los acompañantes o intérpretes de los remitidos. Estas casas podrán ser asignadas y adjudicadas por el Consejo Nacional de Estupefacientes de aquellas incautadas en desarrollo de su actividad.

DECRETO NÚMERO 1011 DE 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1o.- CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y

de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. -EAPB- Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -SOGCS-. Es el

conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

3o.- CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS.

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

ARTÍCULO 4o.- COMPONENTES DEL SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

ARTÍCULO 5o.- ENTIDADES RESPONSABLES DEL FUNCIONAMIENTO DEL SOGCS.

Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

1. **Ministerio de la Protección Social.** Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.

2. **Superintendencia Nacional de Salud.** Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

3. **Entidades Departamentales y Distritales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

4. Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

ARTÍCULO 6o.- SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

ARTÍCULO 7°.- CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional.

ARTÍCULO 8o.- CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA. Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

ARTÍCULO 9o.- CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA. Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

ARTÍCULO 12°.- AUTOEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

ARTÍCULO 13°.- INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 14°.- TÉRMINO DE VIGENCIA DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. La inscripción de cada

Prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

ARTÍCULO 16°.- REPORTE DE NOVEDADES. Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá el "Formulario de Reporte de Novedades", a través del cual se efectuará la actualización de dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción.

ARTÍCULO 17°.- ADMINISTRACIÓN DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. De conformidad con las disposiciones consagradas en el presente decreto y de acuerdo con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones, serán responsables de la administración de la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 19°.- VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 8o y 9o del presente decreto.

ARTÍCULO 20°.- EQUIPOS DE VERIFICACIÓN. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así

como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual o instrumento de Procedimientos para Habilitación definido por el Ministerio de la Protección Social. Todos los verificadores deberán recibir previamente la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de la Protección Social o de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud en convenio con alguna entidad educativa la cual será la responsable de garantizar la calidad de dicho entrenamiento.

ARTÍCULO 22°.- PLANES DE CUMPLIMIENTO. Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptara la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.

ARTÍCULO 23°.- CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

ARTÍCULO 26°.- RESPONSABILIDADES PARA CONTRATAR. Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador este inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información.

Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la

Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

27°.- CONDICIONES BÁSICAS PARA LA HABILITACIÓN DE LAS EAPB.

Las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa de obligatorio cumplimiento para la entrada y permanencia de las EAPB, serán los estándares que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 29°.- ENTIDAD COMPETENTE. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EAPB.

ARTÍCULO 30°.- VIGENCIA DE LA HABILITACIÓN DE LAS EAPB. La habilitación se otorgará a las EAPB por un término indefinido. Las EAPB deberán mantener y actualizar permanentemente los requisitos exigidos por el Gobierno Nacional. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de vigilancia, inspección y control verificará el mantenimiento de las condiciones de habilitación por parte de estas entidades.

ARTÍCULO 32°.- AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

ARTÍCULO 33°.- NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. **Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
2. **Auditoría Interna.** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol.
3. **Auditoría Externa.** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

ARTÍCULO 34°.- TIPOS DE ACCIONES. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. **Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. **Acciones Coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

ARTÍCULO 35°.- ÉNFASIS DE LA AUDITORÍA SEGÚN TIPOS DE ENTIDAD. El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

1. **EAPB.** Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus

funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

3. Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

ARTÍCULO 36°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS EAPB. Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3o de este decreto.

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

ARTÍCULO 38°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EXTERNA DE LAS EAPB SOBRE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3o de este decreto.

ARTÍCULO 39°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS ENTIDADES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD. Las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de las Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB. Para los procesos de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB.

ARTÍCULO 41°.- SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

ARTÍCULO 42°.- PRINCIPIOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. El Sistema Único de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

1. **Confidencialidad.** La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

2. **Eficiencia.** Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

3. **Gradualidad.** El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

ARTÍCULO 45°.- SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 46°.- OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.

Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. **Monitorear.** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. **Orientar.** Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
3. **Referenciar.** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
4. **Estimular.** Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

ARTÍCULO 49°.- INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

ARTÍCULO 50°.- AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

ARTÍCULO 51°.- INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud

diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios para realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.

ARTÍCULO 52°.- SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias.

ARTÍCULO 53°.- APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

DECRETO 4110 de 2004

Reglamenta la ley 872 de 2003 y adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión pública NTCGP 1000:2004 como parte integrante del decreto.

DECRETO 3010 de 2005

Modifica el artículo 12 el Decreto 515 de 2004. Las entidades se encuentren administrando el régimen subsidiado podrán seguir operando, hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud, antes del 28 de febrero de 2006, profiera el acto administrativo que decida sobre la habilitación, sin perjuicio de los recursos a que hubiere lugar".

DECRETO 3003 de 2005

Deroga el Decreto 027 de 2003. Establecer el procedimiento de evaluación de los municipios que fueron certificados a 31 de julio de 2001 y hayan asumido la prestación de los servicios de salud. La evaluación y verificación de la capacidad de gestión, en las áreas de dirección y de prestación de servicios de salud, se realizará anualmente por las direcciones departamentales de salud, mediante acto administrativo. Los departamentos podrán recomendar la formulación de planes de mejoramiento para ser ejecutados por los municipios.

DECRETO 3260 de 2004

Mediante el cual se establece como plazo para el giro del FOSYGA a los fondos municipales, distritales o departamentales de salud, los diez (10) primeros días de cada trimestre y conforme al período contractual, de igual manera establece las condiciones que se deben cumplir para el giro de los recursos, especialmente en lo referente a la actualización de la base de datos de afiliados.

Artículo 4. Procedimientos para la realización de giro directo de los recursos del sistema general de participación y FOSYGA a las ARS, de conformidad con lo establecido en el artículo 44.2 de la ley 715 de 2001.

Artículo 6. Giro directo a las IPS cuando existan contratos por capitación el cual procederá únicamente cuando la administradora de régimen subsidiado no realice pagos de las cuentas por concepto de prestación de servicios debidamente aceptadas dentro de los 10 días siguientes a la fecha en la cual deberá efectuarse el pago.

DECRETO 515 de 2004

Define las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria de habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado.

DECRETO 3353 de 2003

Artículo 2°. Sostenibilidad de la ampliación de cobertura. Los recursos de que trata el artículo primero del presente decreto deberán garantizar la sostenibilidad de la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado durante cuatro (4) períodos anuales de contratación, sin perjuicio de los períodos contractuales adicionales que sean definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Las entidades territoriales se sujetarán a las siguientes reglas que serán aplicables ya sea para la totalidad de los contratos de las vigencias anteriores o solamente para una parte de ellos:

1. **Determinación del monto para la ampliación de cobertura.** El monto de los recursos para la ampliación de cobertura, se determinará por la respectiva entidad territorial mediante la sumatoria de los saldos resultantes de la liquidación de los contratos de las vigencias anteriores que sean utilizadas para el cálculo y los rendimientos financieros de estos, siempre que se encuentren disponibles en caja de la entidad territorial y/o de las Administradoras del Régimen Subsidiado.

2. **Distribución del monto de los recursos disponibles.** Los criterios para la distribución por grupo poblacional de los recursos disponibles determinados conforme lo establece el numeral anterior, se fijarán por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con lo previsto en el inciso 5° del artículo 54 de la Ley 812 de 2003.

4. La entidad territorial remitirá a la Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones del Ministerio de la Protección Social, con cuarenta y cinco (45) días calendario de antelación al inicio del período de contratación, un informe en el que se discrimine el monto de los recursos por cada una de las fuentes de financiación y las operaciones que condujeron a determinar el número máximo de afiliados de la ampliación de cobertura, la certificación por parte de la entidad territorial de disponibilidad de estos recursos en Caja y la certificación de que los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado han sido liquidados.

Artículo 3°. Presentación de informes y seguimiento del proceso de ampliación de coberturas. El Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de los informes regulares, podrán requerir en cualquier momento a las entidades territoriales con el fin de que presenten informes sobre el desarrollo del proceso de ampliación de coberturas al régimen subsidiado con cargo a los recursos señalados en el presente decreto. Artículo 4°. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Competencias de las entidades territoriales en el sector salud

Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

43.1.1. Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.

43.1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

43.1.3. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.

43.1.4. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

43.1.6. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

43.1.7. Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

43.1.9. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.

43.1.10. Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la Nación.

43.2. De prestación de servicios de salud

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, 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.

43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

43.3. De Salud Pública

43.3.1. Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.

43.3.3. Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.

43.3.5. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.

43.3.6. Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

43.3.9. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.

43.4. De Aseguramiento de la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud

43.4.1. Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.

43.4.2. En el caso de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991, administrar los recursos financieros del Sistema General de Participaciones en Salud destinados a financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y

vulnerable de los corregimientos departamentales, así como identificar y seleccionar los beneficiarios del subsidio y contratar su aseguramiento.

Artículo 44. Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

44.1. De dirección del sector en el ámbito municipal:

44.1.1. Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.

44.1.2. Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del Fondo Local de Salud.

44.1.3. Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.

44.1.4. Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

44.1.5. Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

44.1.6. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para su inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.

44.2. De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud

44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.

44.2.2. Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.

44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorias.

44.3. De Salud Pública

44.3.3. Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1°, 2° y 3°, deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.

44.3.4. Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.

44.3.6. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9ª de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo. Los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley. Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental.

DECRETO 128 DE 2003

CAPITULO I

Artículo 1°. *Política de reincorporación a la vida civil.* La política conducente a desarrollar el programa de reincorporación a la sociedad y los beneficios socioeconómicos reconocidos será fijada por el Ministerio del Interior en coordinación con el Ministerio de Defensa Nacional.

Artículo 2°. *Definiciones.* Para efectos de la aplicación del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:

Desmovilizado. Aquel que por decisión individual abandone voluntariamente sus actividades como miembro de organizaciones armadas al margen de la ley, esto es, grupos guerrilleros y grupos de autodefensa, y se entregue a las autoridades de la República.

Reincorporado. El desmovilizado certificado por el Comité Operativo para la Dejación de las Armas, CODA, que se encuentre en el proceso de reincorporación a la vida civil.

Grupo familiar. Para aquellos beneficios, diferentes a salud, que involucren la familia, se entiende como grupo familiar del desmovilizado (a), el (la) cónyuge o el (la) compañero (a) permanente, los hijos y, a falta de cualquiera de los anteriores, los padres.

Cuando se trate de compañeros permanentes su unión debe ser superior a los dos años en los términos de la Ley 54 de 1990.

Beneficios. La ayuda humanitaria y los incentivos económicos, jurídicos y sociales que se otorgan a desmovilizados y reincorporados para su regreso a la vida civil.

CODA. Comité Operativo para la Dejación de las Armas.

Certificación del CODA. Es el documento que expide el Comité Operativo para la Dejación de las Armas, CODA, dando cuenta de la pertenencia del desmovilizado a una organización armada al margen de la ley y de su voluntad de abandonarla. Esta certificación permite el ingreso del desmovilizado al proceso de reincorporación y el otorgamiento a su favor, de los beneficios jurídicos y socioeconómicos de que hablan la ley y este Decreto.

CAPITULO III

Beneficios preliminares

Artículo 7°. *Beneficio para salud.* El desmovilizado y su grupo familiar recibirán servicios de salud a través de la red hospitalaria, para lo cual bastará certificación expedida por el Ministerio de Defensa Nacional. Una vez sea certificado por el Comité Operativo para la Dejación de las Armas, CODA, podrá acceder a los beneficios contemplados en el Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, con el siguiente grupo familiar: el (la) cónyuge o el compañero (a) permanente, los padres, los hijos y los hermanos menores y/o mayores discapacitados.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá cupos permanentes para la afiliación de los reincorporados al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud.

Artículo 8°. *Beneficios de protección y seguridad.* El Ministerio de Defensa Nacional o el Ministerio del Interior, según corresponda, coordinarán con el Departamento Administrativo de Seguridad, DAS, y la Policía Nacional, las medidas necesarias para brindar seguridad tanto al desmovilizado o reincorporado como a su grupo familiar, en los casos en que esto último fuese necesario.

Artículo 18. *Seguros.* El Ministerio del Interior adquirirá un seguro de vida para el reincorporado, con vigencia de un (1) año y una cobertura de quince (15) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Artículo 19. *Servicios especiales.* A los discapacitados reincorporados se les suministrará soportes mecánicos y tratamientos de rehabilitación cuando no sean prestados por el régimen subsidiado. Este servicio se prestará previa valoración de pérdida de capacidad laboral certificada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, cuando la causa haya sido anterior a la desmovilización o siendo posterior sea producida por atentados relacionados con su condición de reincorporado a la sociedad civil. Este servicio se prestará durante el término señalado por el artículo 27 del presente decreto.

DECRETO 2284 DE 2003

Artículo 1°. Modificase el párrafo 1° del artículo 2° del Decreto 2131 de 2003, el cual quedará así:

"Párrafo 1°. En el caso de las personas desplazadas, afiliadas al régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los afiliados a un régimen de excepción, este requisito será necesario solo cuando se requieran servicios distintos a la atención inicial de urgencias, a través de una red diferente a la contratada por la respectiva Entidad Promotora de Salud, Administradora del Régimen Subsidiado o por la entidad administradora del régimen de excepción".

Artículo 2º. Modificase el literal a) del numeral 4.2 del artículo 4º del Decreto 2131 de 2003, el cual quedará así:

"a) La atención en salud de la población desplazada por la violencia, asegurada en el régimen contributivo, régimen subsidiado o en un régimen de excepción, debe ser garantizada por la respectiva entidad de aseguramiento en la entidad territorial receptora, para lo cual deberá adoptar los mecanismos, convenios y procedimientos que garanticen la prestación de los servicios en salud a sus afiliados".

Artículo 3º. Modificase el artículo 5º del Decreto 2131 de 2003, el cual quedará así:

"Artículo 5º. *Atención inicial de urgencias.* De conformidad con la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001, la atención inicial de urgencias de la población desplazada por la violencia deberá ser prestada, independientemente de su capacidad de pago, en forma obligatoria por parte de las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud, aún cuando no se haya efectuado su inscripción en el Registro Único de Población Desplazada de que trata el Decreto 2569 de 2000 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Para el caso de la población en condición de desplazamiento forzado por la violencia, el pago de los servicios prestados por concepto de atención inicial de urgencias, será efectuado por las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades transformadas o adaptadas y aquellas que hagan parte de los regímenes de excepción, a la cual se encuentre afiliada la persona en condición de desplazamiento. Dichas entidades reconocerán al prestador, dentro de los quince (15) días siguientes a la presentación de la factura, el valor de los servicios según las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya. El pago de la atención inicial de urgencias a la población desplazada no asegurada, se hará por la entidad territorial receptora".

DECRETO 050 2003

Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto y campo de aplicación.* El presente decreto tiene por objeto regular el flujo financiero de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desde el origen de cada una de las fuentes que lo financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud y otros aspectos relacionados con el manejo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sus disposiciones se aplican a cualquier persona natural o jurídica responsable de la generación, presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2°. *Obligaciones de los actores en el flujo de recursos del Régimen Subsidiado.* Los actores que intervienen en la generación, presupuestación, recaudo, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tienen la obligación de garantizar el flujo de los mismos a través del cumplimiento de lo dispuesto en el presente decreto y demás normas que regulan la materia; y responderán por su acción u omisión, según el caso, cuando su conducta entorpezca el flujo o genere la aplicación indebida de tales recursos. El incumplimiento de las obligaciones dará lugar a la aplicación de las sanciones personales, entre otras, las del artículo 68 de la Ley 715 de 2001.

Artículo 3°. *Deber de información.* Las autoridades públicas, entidades privadas

y demás actores que intervienen en el flujo de recursos del Régimen Subsidiado, están obligadas a suministrar la información acerca de las bases de cálculo de los recursos del sistema, su recaudo y giro, en los términos y condiciones señaladas por las normas expedidas por el Ministerio de Salud y en los convenios y contratos que se suscriban para efectos del giro de los recursos.

Artículo 4°. Instrucciones sobre el flujo de recursos del Régimen Subsidiado. En Ejercicio de sus funciones, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud impartir las instrucciones necesarias para la correcta aplicación de las normas relativas al flujo de recursos del Régimen Subsidiado desde el origen de la fuente hasta el pago al prestador efectivo de los servicios.

Artículo 5°. Programación y distribución de los recursos. La programación y distribución de los recursos del régimen subsidiado se hará de conformidad con las siguientes reglas:

a) Recursos del Sistema General de Participaciones. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público comunicará al Departamento Nacional de Planeación dentro de los tres (3) días siguientes a la radicación del proyecto de ley de presupuesto ante el Congreso de la República, el monto incorporado por concepto del Sistema General de Participaciones para la siguiente vigencia fiscal. Con base en el monto apropiado el Departamento Nacional de Planeación, DNP, hará la distribución del Sistema General de Participaciones y lo someterá a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES, quien deberá aprobarla a más tardar el 1° de octubre del año en que se realiza la distribución, debiendo ser comunicada por el Departamento Nacional de Planeación, DNP, a las entidades territoriales dentro de los cinco (5) días siguientes a la aprobación del respectivo documento CONPES.

b) Recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud, Fosyga. El Ministerio de Salud deberá presentar al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la solicitud de cupo de

apropiación de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, de acuerdo con las necesidades de recursos para garantizar la continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado y la meta de ampliación de cobertura para la siguiente vigencia, que deberá contar con un estudio de sostenibilidad financiera de mediano plazo. Dicha solicitud se presentará en la fecha prevista en el calendario de presentación de los anteproyectos de Presupuesto, y deberá ser sostenible fiscalmente. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público comunicará al Ministerio de Salud el monto apropiado en la Ley Anual del Presupuesto aprobada por el Congreso de la República para la siguiente vigencia fiscal destinado a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, cinco (5) días después de dicha aprobación;

c) Distribución de los recursos del Régimen Subsidiado. Con la información de los recursos del Sistema General de Participaciones, distribuidos por el Consejo Nacional de Política Económica y Social Conpes, con los recursos disponibles en cada entidad territorial, y con el monto apropiado para el régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud aprobará el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, y hará la distribución de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad, a más tardar en la última sesión de cada año, entre los entes territoriales conforme a la necesidad de cofinanciación de la afiliación alcanzada en la vigencia en curso y los cupos de ampliación de cobertura, la cual deberá dar prioridad a las entidades territoriales con mayor rezago. El Ministerio de Salud comunicará a cada ente territorial su respectivo cupo, dentro de los cinco (5) días siguientes a la expedición del acuerdo de distribución.

Artículo 6°. Presupuestación de los recursos por parte de las entidades territoriales. Los departamentos, municipios y distritos deberán incorporar en los proyectos de presupuesto para la siguiente vigencia fiscal, los recursos propios destinados al régimen subsidiado, los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, una vez les hayan sido comunicados por el Ministerio de Salud, y los recursos del régimen

subsidiado financiados a través del Sistema General de Participaciones en Salud, con base en la información remitida por el Departamento Nacional de Planeación, DNP.

Artículo 7°. Prohibición de la Unidad de Caja de los recursos del Régimen Subsidiado con otros recursos. Los recursos del Régimen Subsidiado se manejarán en los fondos departamentales, distritales o municipales de salud, según el caso, de acuerdo con lo establecido en el artículo 57 de la Ley 715 de 2001, las normas que lo desarrollen, adicionen o modifiquen y no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso de la entidad territorial.

Artículo 8°. Inembargabilidad de los recursos del Régimen Subsidiado. Los recursos de que trata el presente decreto no podrán ser objeto de pignoración, titularización o cualquier otra clase de disposición financiera, ni de embargo.

Artículo 9°. Aportes de la Nación a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. El aporte de la Nación a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, previsto en el artículo 42.20 de Ley 715 de 2001 para cofinanciar el Régimen Subsidiado, se estimará con base en el recaudo efectivo del punto de solidaridad obtenido durante la vigencia inmediatamente anterior, a la de preparación y aprobación del presupuesto, de acuerdo con la certificación expedida por el Ministerio de Salud, ajustado con base en la meta de inflación esperada, determinada por el Banco de la República para cada vigencia fiscal. En el evento en que el recaudo real del punto de cotización al régimen contributivo destinado a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, del año para el cual se calcula el aporte de la Nación, sea superior o inferior a lo estimado de acuerdo con el inciso anterior, se ajustará en el ejercicio de programación de la vigencia fiscal subsiguiente.

Artículo 11. Recursos del recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen Subsidiado que no administran directamente las Cajas de Compensación Familiar. Los

recursos correspondientes al recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen Subsidiado del Sistema General Seguridad Social en Salud que no sean administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar, deberán ser girados a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, a más tardar el tercer (3) día hábil siguiente a la fecha límite establecida en las normas para el giro de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores.

Artículo 12. Recursos del recaudo del subsidio familiar que se destinan al Régimen Subsidiado administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar que administren directamente los recursos correspondientes al recaudo del subsidio familiar destinados al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, informarán sobre su recaudo al administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, a más tardar el tercer (3) día hábil siguiente, a la fecha límite mensual establecida en las normas para el giro de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores. La información a que se refiere el presente artículo correspondiente a recaudos efectuados con posterioridad a la fecha límite mensual establecida para que los empleadores efectúen los aportes y hasta el último día del mes, se reportará el mes siguiente al del recaudo, en la misma fecha indicada en el inciso anterior, identificando el período al cual corresponden. Durante los primeros quince (15) días hábiles del mes de enero de cada año, las Cajas de Compensación Familiar compararán el valor total del recaudo del año anterior más los rendimientos financieros que éstos produzcan, con el valor de los contratos del Régimen Subsidiado suscritos con las entidades territoriales, durante dicho año. Cuando el valor recaudado supere el monto de lo contratado, el excedente deberá ser ejecutado de acuerdo con los criterios que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En todo caso, deberán enviar, dentro de los tres (3) días siguientes del plazo señalado, al Ministerio de Salud la información correspondiente al valor recaudado y al monto de las UPC contratadas debidamente certificada por el representante legal y por el revisor fiscal de la Caja de Compensación Familiar. Una vez

liquidados los contratos del Régimen Subsidiado, la Caja de Compensación Familiar deberá informar dentro de los cinco (5) días siguientes sobre su resultado final.

Los recursos de que trata el presente artículo deberán ser manejados en cuentas contables y bancarias separadas del resto de los recursos y no podrán hacer unidad de caja con los demás recursos que maneja la Caja de Compensación Familiar. En aquellos eventos en que una Caja se retire de la administración del régimen subsidiado durante el período de contratación, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberá adoptar las medidas para garantizar la continuidad de la afiliación de la población a cargo de la Caja. Parágrafo transitorio. Las Cajas de Compensación Familiar deberán remitir al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, dentro de los quince (15) días siguientes a la expedición del presente decreto, certificación sobre los recursos que no hubieren sido ejecutados en vigencias anteriores, así como de los rendimientos obtenidos, la cual deberá ser suscrita por el representante legal y el revisor fiscal de la entidad.

Artículo 13. Revisión del presupuesto inicial de los recursos del subsidio familiar que se deben destinar al Régimen Subsidiado. Durante el mes de febrero de cada año, una vez definido el cálculo del cociente de recaudo de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 67 de la Ley 49 de 1990, el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, deberá determinar con base en la información que suministre la Superintendencia de Subsidio Familiar o la entidad que haga sus veces y la reportada directamente por las Cajas de Compensación Familiar, si se prevé una disminución real de los recursos en la siguiente vigencia, que las Cajas de Compensación Familiar deben destinar al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que los administran directamente. Cuando la disminución no permita financiar por todo el período de contratación la continuidad de la población afiliada con cargo a dichos recursos, el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, le asignará a la entidad territorial respectiva, en la distribución que se realice de acuerdo con el literal c) del

artículo 5° del presente decreto, los recursos de la Subcuenta de Solidaridad que garanticen la continuidad de la afiliación.

que se causen intereses moratorios a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, y que se adelanten las acciones disciplinarias, administrativas, fiscales y penales a que hubiere lugar. Corresponde al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, informar a la Superintendencia Nacional de Salud sobre el incumplimiento presentado por Artículo 16. *Recursos de la liquidación de los contratos del Régimen Subsidiado.* Los excedentes de recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, resultantes de la liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado suscritos entre las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), deberán ser girados por las entidades territoriales y/o las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que quede perfeccionada o ejecutoriada el acta de liquidación del contrato respectivo, so pena de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y/o las entidades territoriales, de lo dispuesto en el presente artículo para lo de su competencia. En el caso de incumplimiento por la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS), también debe informarse a la entidad territorial.

CAPITULO III

Flujo de los recursos de la Nación a las entidades territoriales

Artículo 19. *Giro de los recursos del Sistema General de Participaciones.* El giro de los recursos del Sistema General de Participaciones para subsidios a la demanda se efectuarán a los fondos municipales, distritales o departamentales de salud, en los diez (10) primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, conforme lo señala el artículo 53 de la Ley 715 de 2001.

Artículo 20. *Giro de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.* Los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, asignados para cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado, se girarán a los fondos municipales, distritales o departamentales de salud, por bimestre anticipado dentro de los diez (10) primeros días de cada bimestre y conforme al período contractual.

Artículo 21. *Giro de los recursos de la Empresa Territorial para la Salud, ETESA.* Los recursos de la Empresa Territorial para la Salud, ETESA, asignados para cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado, se girarán a los fondos municipales, distritales o departamentales de salud, con la periodicidad establecida en la Ley 643 de 2001 y a más tardar dentro de los primeros diez (10) días del mes siguiente a aquel en que se haya realizado la distribución.

Artículo 22. *Información de afiliados al Régimen Subsidiado.* Cada dos (2) meses el Ministerio de Salud, efectuará los cruces de las bases de datos de afiliados del Régimen Subsidiado entre sí, con las bases de datos de afiliados al Régimen Contributivo y a los regímenes especiales. El Ministerio de Salud reportará las inconsistencias a la entidad territorial con el fin de que proceda a efectuar los ajustes correspondientes en las bases de datos de afiliados y de ser necesario, sobre los pagos que deban realizarse a las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad que tienen los municipios, distritos y departamentos de efectuar los cruces de información de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud al interior de cada entidad territorial. Una vez efectuados los cruces de las bases de datos, dentro de los cinco (5) días siguientes, el Ministerio de Salud deberá remitir la información actualizada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para efectos del mantenimiento del Registro Único de Aportantes, RUA. Sin perjuicio de la responsabilidad de los entes territoriales y de las Administradoras del Régimen Subsidiado, el Ministerio de Salud adoptará los mecanismos conducentes para evitar el múltiple pago de UPC por un mismo afiliado o cualquier pago indebido de

UPC dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, e informará las inconsistencias a la entidad territorial respectiva para que de ninguna manera se reconozca UPC dentro del Régimen Subsidiado sobre personas que estén siendo compensadas en el Régimen Contributivo y/o aparezcan multiafiliadas en el Régimen Subsidiado y/o estén atendidas por regímenes excepcionados.

Artículo 23. Requisitos previos para el giro de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Para efectos del giro se requerirá en forma previa:

a) La creación y/o acreditación por parte de las entidades territoriales de una subcuenta especial dentro de los fondos seccionales, distritales y locales de salud para el manejo de subsidios en salud y el registro ante el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, de la cuenta a la cual deben realizarse los giros. Esta subcuenta especial manejará exclusivamente los recursos destinados a subsidiar la demanda de servicios de salud;

b) La constitución y actualización de las bases de datos de afiliados al régimen subsidiado de conformidad con los requerimientos del sistema de información definidos por el Ministerio de Salud;

c) La suscripción por un período de cinco (5) años, de un convenio marco de gestión del régimen subsidiado, entre el ente territorial y la Nación — Ministerio de Salud;

d) La certificación por parte de las entidades territoriales, de los contratos de administración de los recursos del régimen subsidiado. Esta certificación se efectuará cada vez que se suscriba un contrato y/o cada vez que se modifique el número de afiliados y el valor del mismo.

Artículo 24. Giro sin situación de fondos. Procederá el giro sin situación de fondos de los recursos del Sistema General de Participaciones y de la Subcuenta de Solidaridad

del Fosyga, directamente a todas la Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) que atienden la población del respectivo ente territorial, de conformidad con lo establecido en el artículo 64 de la Ley 715 de 2001, en los siguientes eventos:

a) Cuando la entidad territorial no le pague los recursos a la entidad administradora del régimen subsidiado correspondientes a la UPC, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en la cual se vence el término contractual para hacerlo;

b) Cuando la entidad territorial incumpla con alguna de las obligaciones del convenio marco de gestión del régimen subsidiado suscrito con la Nación;

c) Cuando la entidad territorial no aplique el sistema de identificación y priorización de beneficiarios de subsidios a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción o no se seleccionen a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, de conformidad con las disposiciones que regulan la materia. En este evento, el pago se realizará sólo sobre los afiliados debidamente identificados y priorizados;

d) Cuando la entidad territorial se acoja a un acuerdo de reestructuración de pasivos en los términos de la Ley 550 de 1999, procederá el pago directo a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) a partir de la iniciación formal de la negociación y una vez verificadas las condiciones para realizar el pago.

En relación con los recursos que con anterioridad a la iniciación del acuerdo hayan sido girados al ente territorial, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público procederá a realizar las autorizaciones de pago correspondientes, de acuerdo con lo establecido en el artículo 17 de la Ley 550 de 1999;

e) Cuando por razones de orden público y a solicitud del Alcalde o del Gobernador del departamento que administre recursos del Régimen Subsidiado, se imposibilite el

cumplimiento de una o varias de las obligaciones consagradas en el artículo 44.2 de la Ley 715 de 2001;

f) Cuando la entidad territorial no haya liquidado los contratos de administración de régimen subsidiado conforme a las normas legales vigentes e instrucciones impartidas;

g) Cuando liquidados los contratos, la entidad territorial no haya girado los saldos a favor del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, dentro de los diez (10) días calendario, contados a partir de la fecha de perfeccionamiento o ejecutoria del acta de liquidación del contrato respectivo.

Artículo 25. Procedimiento para realizar giro directo de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, a las Administradoras del Régimen Subsidiado. El Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, pagará directamente a todas las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), parte o la totalidad de los recursos que cofinancian el Régimen Subsidiado conforme al contrato de administración de recursos del régimen subsidiado suscrito con la entidad territorial, en los eventos definidos en el artículo anterior.

Cuando se trate de mora, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), solicitarán dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al incumplimiento, al Ministerio de Salud, el giro directo de los recursos, para lo cual deberá remitir la información sobre el tiempo de mora, el monto adeudado y el bimestre al que corresponde la deuda, el período de contratación, el número de contrato y la cuenta a la que se deberá realizar el giro directo correspondiente. La información requerida deberá ser certificada por el representante legal y por el revisor fiscal de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).

Una vez recibida la solicitud de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), el Ministerio de Salud, requerirá a la entidad territorial la información sobre el estado de

cuenta del contrato que incluya el monto adeudado, con las novedades que afectan los reconocimientos de UPC y el informe de la Interventoría, en el que se precise si la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS), se encuentra cumpliendo con la obligación de prestar el Plan Obligatorio de Salud a su población afiliada. La entidad territorial contará con cinco (5) días hábiles contados a partir del recibo de la comunicación para responder este requerimiento.

Si vencido el término citado, no se ha recibido respuesta de la entidad territorial, se entenderá por cierta la información reportada por la entidad Administradora del Régimen Subsidiado (EPS-S), y el Ministerio de Salud ordenará el giro. Lo anterior sin perjuicio de la responsabilidad que se derive en caso de que la información reportada no corresponda a la realidad.

Una vez recibida la información de la entidad territorial, el Ministerio de Salud, dentro de los cinco (5) días siguientes determinará si existe mora, conforme a los plazos establecidos en el artículo anterior, y en caso de ser así procederá a efectuar el pago a la Administradora del Régimen Subsidiado (EPS-S), de acuerdo con el procedimiento definido en el presente artículo.

Los pagos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), se efectuarán de conformidad con la base de datos de afiliados incorporando las novedades correspondientes, de acuerdo con las normas vigentes y no podrán realizarse por montos superiores a los distribuidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a la entidad territorial que corresponda.

Una vez realizado el pago directo a la Administradora del Régimen Subsidiado (EPS-S), el Ministerio de Salud, informará a la entidad territorial la aplicación de esta medida y los montos pagados a la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS), con el fin de que la entidad territorial efectúe la ejecución presupuestal y adelante los demás trámites a que hubiere lugar.

En las otras causales, el Ministerio de Salud, con base en las pruebas idóneas aportadas por el solicitante para acreditar la ocurrencia de uno o varios de los eventos contemplados en el artículo anterior, solicitará a la entidad territorial presentar sus explicaciones y los soportes probatorios que considere pertinentes para el ejercicio de su derecho a la defensa; la entidad territorial contará con cinco (5) días hábiles a partir del recibo de la solicitud. Vencido este término sin que se haya recibido respuesta, se entenderá que se encuentra incurso en la causal imputada y se aplicará el giro directo sin situación de fondos para el siguiente bimestre.

Artículo 26. Giro directo de los recursos del Sistema General de Participaciones a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). La Nación girará los recursos del Sistema General de Participaciones que financian el Régimen Subsidiado directamente a todas las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), cuando se presente alguna de las causales enumeradas en el artículo 24 del presente.

Para este propósito, el Ministerio de Salud informará a la Dirección del Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, previo registro de las cuentas corrientes o de ahorros a las cuales se deben girar los recursos, los casos en que deba aplicarse esta medida y los montos a girar de acuerdo con la información reportada por las Administradoras del Régimen Subsidiado (EPS-RS) al Ministerio de Salud, proveniente de los contratos de aseguramiento y la participación de los recursos del Sistema General de Participaciones en el total de la financiación. En todo caso, el monto a girar, afectará al siguiente giro programado de los recursos del Sistema General de Participaciones y no podrá ser superior al mismo.

Una vez realizado el giro directo a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), el Ministerio de Salud informará a la entidad territorial, la aplicación de esta medida y los montos pagados a las Administradoras del Régimen Subsidiado (EPS-S),

con el fin de que la entidad territorial efectúe la ejecución presupuestal y adelante los demás trámites a que hubiere lugar.

Artículo 27. Convenios Marco de Gestión del Régimen Subsidiado. Los convenios marco de gestión del régimen subsidiado serán suscritos por la Nación- Ministerio de Salud y las entidades territoriales, para optimizar el flujo de recursos que financian la afiliación de las personas beneficiarias de subsidios totales o parciales del régimen subsidiado, provenientes del Sistema General de Participaciones para Salud distribuidos por el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES, de los recursos propios de las entidades territoriales, y para acceder a los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

De igual manera, el ente territorial y el Ministerio de Salud podrán en el convenio de que trata el presente artículo, acordar el pago directo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fosyga, a la Administradora del Régimen Subsidiado, con la cual tenga suscritos los contratos de administración de los recursos del régimen subsidiado dentro del respectivo territorio, sin perjuicio de las causales de giro directo de que trata el artículo 24 del presente decreto.

Artículo 28. Requisitos previos para el giro directo de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Incluidos en los convenios marco de gestión del régimen subsidiado. Para efectos del giro directo de los recursos del régimen subsidiado, autorizado mediante los convenios marco de gestión del régimen subsidiado, de que trata el artículo anterior del presente decreto, se requerirá en forma previa el cumplimiento de los siguientes requisitos:

a) La certificación por parte de las entidades territoriales, de los contratos de administración de los recursos del régimen subsidiado que ejecutan el respectivo convenio marco de gestión del régimen subsidiado. Esta certificación se efectuará cada

vez que se suscriba un contrato y/o cada vez que se modifique el número de afiliados y el valor del mismo;

b) La constitución y actualización de las bases de datos de afiliados al régimen subsidiado por parte de, la entidad territorial, de conformidad con los requerimientos del sistema de información definidos por el Ministerio de Salud;

c) El registro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, de la cuenta corriente o de ahorros de las Administradora del Régimen Subsidiado (ARS), a las cuales se le deben girar los recursos.

Artículo 29. Contratos de aseguramiento. Para administrar los recursos del régimen subsidiado y proveer el aseguramiento de la población afiliada a este régimen, las entidades territoriales suscribirán un sólo contrato con cada Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) para cada periodo de contratación.

Artículo 31. Oportunidad del giro. La entidad territorial deberá pagar a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), las UPC correspondientes a sus afiliados en forma anticipada por bimestres y dentro de los diez (10) días siguientes al inicio del respectivo bimestre. El cálculo de las UPC a pagar, se realizará teniendo en cuenta las bases de datos de afiliados de cada Administradora del Régimen Subsidiado (ARS), sin perjuicio de los ajustes que por novedades sean pertinentes.

Artículo 33. Giro excepcional de UPC. Sin perjuicio de lo previsto en el Decreto 882 de 1998, a las Administradoras del Régimen Subsidiado (EPS-S) sólo se le girará el porcentaje de la UPC destinado al pago de la prestación de los servicios en salud, cuando la entidad administradora del régimen subsidiado presente mora de cinco (5) días en el pago de las cuentas con su red prestadora. Una vez acreditado el pago de las cuentas en mora, mediante el envío de los paz y salvos respectivos a la entidad

territorial y/o Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, se girará el porcentaje restante de la UPC.

Artículo 35. Obligación de cobro de los recursos adeudados. Las entidades que administren el régimen subsidiado, por programa o bajo la modalidad de objeto social exclusivo, deberán adelantar todas las acciones conducentes al cobro de la cartera frente a los entes territoriales, considerando que se trata de recursos con destinación específica y de especial protección constitucional.

Artículo 38. Recepción de facturas. El numeral 1 del artículo 3° del Decreto 723 de 1997 en lo que se refiere a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) quedará así: "Las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud como mínimo durante los veinte (20) primeros días calendario del mes siguiente al que se prestaron los servicios, incluido el mes de diciembre, de conformidad con la jornada habitual de trabajo de sus oficinas administrativas en los días y horas hábiles. La presentación de la factura no implica la aceptación de la misma.

Artículo 39. Trámite de facturas. El numeral 2 del artículo 3° del Decreto 723 de 1997, en lo que se refiere a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), quedará así: "Una vez radicada y presentada la factura, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) revisarán y pagarán las cuentas no glosadas dentro de los términos contractuales pactados, sin exceder de 30 días calendario contados a partir de la radicación. Dentro del mismo término y efectuada la revisión integral de la factura, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) glosarán hasta por una sola vez la cuenta y la notificarán a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS).

Las glosas deberán ser resueltas y pagadas por las partes dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha en que fueron notificadas. En caso de que no se logre el acuerdo

dentro del término anterior, se debe recurrir a mecanismos como la conciliación, arbitraje, amigables componedores u otros".

Artículo 40. Plazo para la, presentación de cuentas de cobro y facturas por prestación de servicios. Todas las cuentas de cobro y facturas a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se deberán presentar dentro de los plazos contractuales. En ningún caso, este plazo puede ser superior a seis (6) meses contados a partir de la fecha de prestación de los servicios, de conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Decreto-ley 1281 de 2002.

Artículo 41. Contratos de capitación y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social. Los contratos por capitación que celebren las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con las instituciones prestadoras de servicios de salud, no las relevan 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.

Artículo 42. Pagos por capitación. Cuando se trate de contratos de prestación de servicios de salud por capitación, las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (EPS-S) pagarán dentro de los diez (10) primeros días calendario de cada mes a las instituciones prestadoras de servicios de salud, el valor mensual correspondiente, sin perjuicio de los ajustes posteriores por concepto de novedades o carnetización, los cuales se harán en el siguiente pago o a más tardar en el momento de la liquidación.

Artículo 43. Contratación de la prestación de servicios en el Régimen Subsidiado. Los montos mínimos de contratación con la red pública, resultantes de la aplicación de los porcentajes establecidos en el artículo 51 de la Ley 715 de 2001, se calcularán con base en el porcentaje destinado a prestación de servicios de salud de la Unidad de

Pago por Capitación Subsidiada, efectivamente recibida por las Administradoras del Régimen Subsidiado (EPS-S). Para estos efectos, no se contabilizará el porcentaje de promoción y prevención cuya ejecución estará a cargo de las entidades territoriales.

Artículo 46. *Reaseguro*. Las entidades Administradoras del Régimen subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), reasegurarán los riesgos derivados de la atención de las enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como de alto costo, sin que ello implique la delegación de la función que les corresponde en materia de aseguramiento.

Artículo 48. *Obligación de cobrar copagos y cuotas moderadoras*. Los valores correspondientes a los copagos que sean fijados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud serán cobrados en forma obligatoria por parte de todas las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y Entidades Promotoras de Salud (EPS), sin que haya lugar por dichas entidades a la modificación de dicho monto. Esta disposición aplicará frente a las cuotas moderadoras que sean fijadas en los regímenes contributivo y subsidiado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En consecuencia todas las entidades promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado estarán obligadas a cobrar el mismo monto de copago y el mismo monto de cuota moderadora, conforme los niveles de ingreso de los afiliados que se determinen por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

DECRETO 1281 DE 2002

Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación

ARTÍCULO 1o. EFICIENCIA Y OPORTUNIDAD EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS. Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que

se garantizan con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

ARTÍCULO 2o. RENDIMIENTOS FINANCIEROS. Los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por las EPS y demás entidades obligadas a compensar, EOC, pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud y sólo podrán ser apropiados por dichas entidades o, a través del Fosyga, por el Ministerio de Salud, para financiar actividades relacionadas con el recaudo de las cotizaciones y para evitar, su evasión y elusión, en los montos y condiciones establecidas en la autorización expresa del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 3o. REINTEGRO DE RECURSOS APROPIADOS O RECONOCIDOS SIN JUSTA CAUSA. Cuando el administrador fiduciario del Fosyga o cualquier entidad o autoridad pública, en el ejercicio de sus competencias o actividades como participante o actor en el flujo de caja, detecte que se presentó apropiación sin justa causa de recursos del sector salud, en los eventos que señale el reglamento, solicitará en forma inmediata las aclaraciones respectivas o su reintegro, el cual procederá a más tardar dentro de los veinte días hábiles siguientes a la comunicación del hecho. Cuando la situación no sea subsanada o aclarada en el plazo señalado se informará de manera inmediata y con las pruebas correspondientes a la Superintendencia Nacional de Salud quien ordenará el reintegro inmediato de los recursos y adelantará las acciones que considere pertinentes.

ARTÍCULO 5o. SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN DEL SECTOR SALUD. Quienes administren recursos del sector salud, y quienes manejen información sobre la población incluyendo los regímenes especiales o de excepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, harán parte del Sistema Integral de Información del Sector Salud para el control de la afiliación, del estado de salud de la población y de los recursos y responderán por su reporte oportuno, confiable y efectivo de conformidad con las disposiciones legales y los requerimientos del Ministerio de Salud.

Corresponde al Ministerio de Salud definir las características del Sistema de Información necesarias para el adecuado control y gestión de los recursos del sector salud y a la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con tales definiciones, impartir las instrucciones de carácter particular o general que resulten necesarias para el adecuado cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

Cuando el incumplimiento de los deberes de información no imposibilite el giro o pago de los recursos, se debe garantizar su flujo para la financiación de la prestación efectiva de los servicios de salud. En todo caso, procederá la imposición de las sanciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las demás acciones de carácter administrativo, disciplinario o fiscal que correspondan.

ARTÍCULO 6o. CRUCES DE BASES DE DATOS. La Registraduría Nacional del Estado Civil, las Cámaras de Comercio, las entidades que administren regímenes de excepción de la Ley 100 de 1993, y todas aquellas que manejen información que resulte útil para evitar pagos indebidos con recursos del sector salud, deberán suministrar la información y las bases de datos que administren, con la oportunidad que las requieran el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud para su procesamiento directo o a través del administrador fiduciario del Fosyga.

ARTÍCULO 7o. TRÁMITE DE LAS CUENTAS PRESENTADAS POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Además de los requisitos legales, quienes estén obligados al pago de los servicios, no podrán condicionar el pago a los prestadores de servicios de salud, a requisitos distintos a la existencia de autorización previa o contrato cuando se requiera, y a la demostración efectiva de la prestación de los servicios.

Cuando en el trámite de las cuentas por prestación de servicios de salud se presenten glosas, se efectuará el pago de lo no glosado. Si las glosas no son resueltas por parte

de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, en los términos establecidos por el reglamento, no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.

CAPITULO III.

FLUJO DE CAJA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

ARTÍCULO 10. GIRO DE LOS RECURSOS DEL PUNTO DE COTIZACIÓN DE SOLIDARIDAD DESTINADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO. En las cuentas de las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar no podrán permanecer recursos del punto de solidaridad que no hayan sido girados al Fosyga en las fechas establecidas por el reglamento. Si en las fechas establecidas existe recaudo no identificado, se girará una doceava de éste, sin perjuicio de los ajustes que puedan efectuarse posteriormente una vez hayan sido identificados o aclarados los recaudos.

Las entidades exceptuadas del sistema general de seguridad social en salud, deberán girar mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fosyga, el valor correspondiente al punto de solidaridad, complementario al sistema general de participaciones, a más tardar el quinto día hábil del mes siguiente al que corresponda la nómina.

ARTÍCULO 11. APLICACIÓN DEL GIRO DIRECTO DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES Y DEL FOSYGA. En los casos en que se aplique el giro directo de los recursos del Sistema General de Participaciones o del Fosyga a las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, cuando la entidad territorial no suministre en los términos y condiciones previstos en las normas vigentes la información necesaria para efectuarlo, la Nación podrá utilizar la información que suministre la respectiva ARS y la de los contratos. La entidad territorial será responsable del pago de lo no debido que, como consecuencia del incumplimiento de los deberes de información, llegare a realizar la Nación o el administrador fiduciario del Fosyga a las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS.

CAPITULO IV.

RECURSOS DEL FOSYGA.

ARTÍCULO 15. PROTECCIÓN DE LOS RECURSOS DEL FOSYGA. Sin perjuicio de las directrices que impartan el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, corresponde al administrador fiduciario del Fosyga adoptar todos los mecanismos a su alcance y proponer al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los que considere indispensables para proteger debidamente los recursos del Fosyga, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos.

En los trámites de cobro o reclamación ante el Fosyga no se aceptarán intermediarios, salvo los casos de poder debidamente otorgado y reconocido a profesionales del derecho.

Los giros o pagos siempre se efectuarán directamente al beneficiario debidamente identificado, localizado y, en lo posible, a través de cuentas a nombre de éstos en entidades vigiladas por el Superintendencia Bancaria.

En los trámites de cobro o reclamación ante el Fosyga sólo se aceptarán fotocopias como soporte, cuando no sea posible aportar el original y la simple fotocopia no genere duda sobre la veracidad de los hechos a ser demostrados con ella.

CAPITULO V.

OTRAS DISPOSICIONES.

ARTÍCULO 16. PAGO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA. 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 las instituciones con las que exista convenio y/o contrato serán las mismas establecidas para los pagos de las Administradoras del Régimen Subsidiado a las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS.

ARTÍCULO 17. HECHOS SANCIONABLES POR EL INCORRECTO MANEJO DE LOS RECURSOS DEL SECTOR. Sin perjuicio de la responsabilidad penal, disciplinaria y fiscal, los representantes legales de los departamentos, distritos y municipios, directores de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del sector salud en las entidades territoriales, se harán acreedores por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, a la sanción prevista en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, cuando:

1. No acaten las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
2. No rindan la información en los términos y condiciones solicitados por esta entidad.
3. Los datos suministrados sean inexactos.
4. No organicen y manejen los fondos departamentales, distritales y municipales de salud, conforme a lo previsto en la ley, en el presente decreto y demás normas que lo adicionen o modifiquen.
5. Incumplan lo establecido en el presente decreto sobre la aplicación de los recursos del fondo de salud.
6. Desatiendan las previsiones legales referentes al flujo de recursos del sector salud y al adecuado, oportuno y eficiente recaudo, administración, aplicación y giro de ellos.

RESOLUCION 660 DE 25 FEBRERO DE 2008.

Por la cual se reglamenta la prestación de los servicios de interventoría del Régimen Subsidiado, se determinan las condiciones de habilitación para las entidades interventoras, se señalan los parámetros generales para la realización del Concurso de Méritos, y se dictan otras disposiciones.

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. OBJETO Y AMBITO DE APLICACIÓN. La presente Resolución, tiene por objeto reglamentar la prestación de los servicios de interventoría del Régimen Subsidiado, determinar las condiciones de habilitación para las entidades interventoras y señalar los parámetros para que los Municipios y Distritos adelanten el Concurso de Méritos para la contratación de dicha interventoría, y demás disposiciones de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y entidades habilitadas para ejercer la Interventoría del Régimen Subsidiado.

CAPÍTULO II

DE LA INTERVENTORÍA

ARTÍCULO 2. DE LA INTERVENTORÍA. La interventoría es un proceso permanente dirigido a fortalecer la operación del Régimen Subsidiado y verificar el cumplimiento de las obligaciones del contrato de aseguramiento para garantizar el acceso de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

ARTÍCULO 3. ALCANCE DE LA INTERVENTORÍA. La interventoría se define como una herramienta de acompañamiento, seguimiento, verificación y evaluación de la operación del Régimen Subsidiado en la entidad territorial. Tendrá un alcance integral y

adelantará las acciones que permitan que los procesos de operación del Régimen Subsidiado tales como la identificación, selección y priorización de beneficiarios, afiliación, contratación y gestión financiera del Régimen Subsidiado, se lleven a cabo de conformidad con lo previsto en la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y las demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes sobre la materia.

En desarrollo de la interventoría se debe verificar el cumplimiento del contrato de aseguramiento, el acceso a los servicios de salud de los afiliados, el flujo y uso de los recursos del Régimen Subsidiado, y proponer las acciones, correctivos e instrumentos que contribuyan al mejoramiento continuo del Régimen Subsidiado por parte de la entidad territorial.

ARTÍCULO 4. LINEAMIENTOS DE LA INTERVENTORÍA. Las entidades que ejerzan la interventoría del Régimen Subsidiado en el nivel territorial, previo contrato adjudicado mediante Concurso de Méritos, ejecutarán la I nterventoría, en el marco de sus obligaciones y responsabilidades, de conformidad con lo dispuesto en la presente resolución, en el anexo técnico que hace parte integral de la misma y demás disposiciones vigentes sobre la materia.

ARTÍCULO 5. FINANCIACIÓN DE LA INTERVENTORÍA. Los municipios y Distritos, a través de Concurso de Méritos, deberán contratar la interventoría del Régimen Subsidiado, con una entidad externa debidamente habilitada por el Departamento y el Distrito Capital, respectivamente. Para tal efecto los municipios y Distritos destinarán los recursos de que trata el literal e del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, reglamentado por el Decreto 1020 de 2007.

ARTÍCULO 6. ASOCIACION DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES PARA CONTRATAR LA INTERVENTORIA. Los municipios y Distritos podrán asociarse con el fin de celebrar los contratos de interventoría del Régimen Subsidiado, teniendo en cuenta los principios de economía, eficiencia y eficacia. Solo podrán asociarse

municipios y Distritos con proximidad geográfica y en el caso de pertenecer a diferentes departamentos, la entidad interventora que se contrate deberá estar habilitada en cada uno de los departamentos donde se ubiquen los municipios asociados.

ARTÍCULO 7. INFORMES DE LA INTERVENTORÍA. La entidad contratada para realizar la Interventoría del Régimen Subsidiado, deberá presentar a la entidad territorial, un informe de diagnóstico, dentro de los dos meses siguientes al inicio del contrato de interventoría, un informe de evaluación y seguimiento, en forma bimensual y un informe final, al término del contrato de interventoría. Estos informes son sin perjuicio de los informes que requieran los organismos de Vigilancia y Control y el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO.- En los casos en que el interventor determine que las recomendaciones presentadas en sus informes no son atendidas oportunamente por la entidad territorial o presentadas las explicaciones del caso, estas no resulten satisfactorias, deberá remitir copia de los mismos a la Dirección Territorial de Salud e informar a la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPÍTULO III DE LA HABILITACIÓN

ARTÍCULO 8. OBJETO DE LA HABILITACIÓN. Los Departamentos y el Distrito Capital, según el caso, a través de las Direcciones de Salud o de las dependencias respectivas, habilitarán a las entidades que cumplan con los requisitos legales, administrativos, financieros y técnicos, para que adelanten en los municipios y Distritos de su jurisdicción, la interventoría del Régimen Subsidiado en condiciones de transparencia, calidad, eficiencia y eficacia.

ARTÍCULO 9. CONDICIONES PARA LA HABILITACION. Los Departamentos y el Distrito Capital, según corresponda, habilitarán a través de las Direcciones de Salud o de las dependencias respectivas, a las entidades que cumplan los siguientes requisitos:

1. De orden legal:

REQUISITO	DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
Personas jurídicas debidamente constituidas, cuyo objeto social sea o comprenda el ejercicio de actividades de: consultoría, auditoría, investigación, interventoría, evaluación y/o diseño de proyectos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Certificado de Existencia y Representación Legal, con fecha de expedición no superior a 30 días.
<p>Acreditar experiencia mínima de dos (2) años en alguna de las siguientes actividades:</p> <p>i) Asesoría, y/o asistencia técnica, a Entidades Territoriales en la gestión y operación del Sistema de Seguridad Social en Salud.</p> <p>ii) Interventoría a contratos de aseguramiento.</p> <p>iii) Auditoría de procesos en el Régimen Contributivo o Subsidiado de Salud.</p> <p>iv) Asesoría, consultoría o evaluación de procesos a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en materia de seguridad social en salud.</p>	Certificaciones de experiencia expedidas por las entidades contratantes y/o copia de actas de liquidación o copia del contrato (si se encuentra en ejecución).

Las entidades que no cumplan con alguno de los requisitos señalados, no serán consideradas para continuar en el proceso de habilitación.

2. De orden financiero:

--	--

REQUISITO	DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
Patrimonio total superior al cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda.	Estados Financieros (Balance General y Estado de Resultados) con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, certificados por el Representante Legal y dictaminados por el Revisor Fiscal si está obligado a ello. Acompañados de copia de la tarjeta profesional del contador público que suscribe los Estados Financieros y copia de la tarjeta profesional del Revisor Fiscal si estuviere obligado.
Nivel de Endeudamiento inferior al setenta por ciento (70%) Nivel de Endeudamiento = (Pasivo Total / Activo Total) < 0,70	
Solvencia: Esta deberá ser mayor a uno (1,0) Solvencia = (Activo Corriente / Pasivo Corriente) > 1,0	

Las entidades que se encuentren relacionadas en el boletín de deudores morosos de la Contaduría General de la Nación, no podrán participar en el proceso de habilitación que realicen los departamentos y el Distrito Capital.

3. De orden técnico administrativo:

REQUISITO	DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
Disponer una organización administrativa y financiera que le permita responder a las obligaciones derivadas de la interventoría.	Organigrama en el cual se identifiquen con claridad las áreas que conforman la entidad, incluyendo cargo y nombre del personal directivo, destacando el área específica responsable de dirigir las actividades de interventoría del Régimen Subsidiado.
Disponer de procesos y procedimientos establecidos para el cumplimiento de las funciones de la entidad.	Resumen de los procesos para el desarrollo de sus actividades, particularmente el proceso relacionado con la interventoría del Régimen Subsidiado.

Disponer de infraestructura física y tecnológica que permita el desarrollo del objeto social de la entidad y en particular la atención de las necesidades derivadas del ejercicio de la interventoría en el Sistema de Seguridad Social en Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Relación de la sede principal y sedes alternas (si las tiene) con que cuente la entidad interventora. • Relación detallada de la infraestructura tecnológica (software, hardware, redes y sistemas de comunicación, entre otras), con sus licencias de uso.
Disponer de sistemas de información que le permitan garantizar la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos financieros, administrativos y demás propios de la operación.	Modelo entidad relación que contenga el esquema general del sistema (s) de información que posea la entidad.

PARÁGRAFO.- En todo caso, las entidades habilitadas y contratadas deberán dar cumplimiento a sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello hubiere lugar.

ARTÍCULO 10. PROCEDIMIENTO PARA LA HABILITACIÓN. Dentro del mes siguiente a la entrada en vigencia de la presente resolución, los Departamentos y el Distrito Capital publicarán en un diario de amplia circulación nacional, la invitación a las entidades interesadas en realizar la interventoría del Régimen Subsidiado, para que presenten la documentación requerida para su habilitación.

El aviso deberá contener de manera precisa los requisitos para la habilitación, el lugar, fecha y hora de presentación de los mismos.

Dentro del mes siguiente al plazo señalado para la entrega de la documentación, por parte de las entidades interesadas, los Departamentos y el Distrito Capital, expedirán el acto administrativo de habilitación.

Agotados los recursos procedentes y en firme el acto administrativo respectivo, los Departamentos deben enviar el listado de las entidades habilitadas a los Municipios y Distritos de su jurisdicción, a efectos de que adelanten el Concurso de Méritos para la contratación correspondiente. Para el caso del Distrito Capital y los Departamentos con Corregimientos Departamentales, estas entidades adelantarán directamente el Concurso de Méritos para la respectiva contratación.

PARÁGRAFO.- El proceso de habilitación que realizan los Departamentos y el Distrito Capital se efectuará cada tres (3) años, correspondiendo a estas entidades llevar un registro de cada proceso y enviar a la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud la lista de las entidades habilitadas.

ARTÍCULO 11. EFECTOS DE LA HABILITACIÓN. La Entidad Habilitada, queda facultada para participar en los concursos de méritos para contratar la interventoría del Régimen Subsidiado, siempre y cuando cumpla los requisitos establecidos para el efecto por parte de los Municipios, Distritos, Distrito capital y Departamentos con Corregimientos Departamentales.

CAPÍTULO IV

DEL CONCURSO DE MÉRITOS

ARTÍCULO 12. OBJETIVO DEL CONCURSO DE MÉRITOS. El Concurso de Méritos que realicen los Municipios, Distritos, Distrito Capital y Departamentos con

Corregimientos Departamentales, tiene por objeto seleccionar y contratar la interventoría del Régimen Subsidiado en condiciones de transparencia y objetividad previo cumplimiento de las condiciones legales, financieras, administrativas y técnicas, que garanticen la ejecución de la interventoría bajo los principios de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

PARÁGRAFO.- En el concurso de méritos que realice la entidad territorial solo podrán participar las entidades interventoras que hayan sido previamente habilitadas por los departamentos y el Distrito Capital.

ARTÍCULO 13. REALIZACIÓN DEL CONCURSO DE MÉRITOS. Entre las entidades habilitadas para realizar la interventoría, conforme a lo establecido en el Capítulo II de la presente resolución, los municipios, Distritos, Distrito Capital, Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Departamentos con corregimientos departamentales, seleccionarán y contratarán mediante Concurso de Méritos, la interventoría del Régimen Subsidiado.

PARÁGRAFO.- En el evento en que el Concurso de Méritos adelantado en la entidad territorial no concluya con la selección y contratación de una entidad interventora o que se pueda adelantar el concurso, el Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud, previa la verificación de que se cumplieron todos los procesos establecidos en la presente resolución o la existencia de las causas que impidieron adelantar el proceso, podrá autorizar a la entidad territorial para que, de manera excepcional, adelante la interventoría directamente, conforme a lo establecido en el Capítulo I de la presente resolución.

ARTÍCULO 14. CONSORCIOS Y UNIONES TEMPORALES. Las entidades habilitadas para adelantar la interventoría al Régimen Subsidiado en un departamento o en el Distrito Capital, podrán conformar Uniones Temporales y Consorcios para participar en

el Concurso de Méritos que realicen los municipios y distritos de la jurisdicción de la entidad que las habilitó.

ARTÍCULO 15. TÉRMINOS DE REFERENCIA. Para la realización del Concurso de Méritos las entidades territoriales deberán elaborar los Términos de Referencia que fijen las condiciones en las que se realizará el proceso de selección y contratación, para lo cual se aplicará lo previsto en la Ley de Contratación Pública y demás normas concordantes.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 16. APLICACIÓN. Las Entidades Territoriales del orden departamental, municipal, distrital y el Distrito Capital deberán adelantar, en los términos de la presente resolución, las acciones correspondientes para seleccionar y contratar la interventoría del régimen subsidiado a partir del primero (1) de junio de 2008.

La Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de La Protección Social, adoptará los formatos a que hubiere lugar en relación con los procesos de interventoría.

ARTÍCULO 17. VIGENCIA. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DE 2006

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

ARTÍCULO 1º.- CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS. Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

a) De capacidad tecnológica y científica:

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas- Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

b) Suficiencia Patrimonial y Financiera:

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

c) De capacidad técnico-administrativa:

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

ARTÍCULO 4º.-ESTANDARES DE HABILITACIÓN. Se adoptan como estándares de habilitación el “Manual Único de Estándares y Verificación” que se anexan a la presente resolución como Anexo Técnico No.1 y como guía de procedimientos de habilitación el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación”.

ARTÍCULO 5º. -FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

El Ministerio de La Protección Social definirá mediante circular el formulario de Inscripción para los prestadores que inicien la prestación de servicio de salud a la entrada en vigencia de la presente Resolución.

Los prestadores de servicios de salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las entidades departamentales y distritales de salud correspondientes para efectos de su inscripción. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención exigida en anexo técnico No. 2 que hacen parte integral de la presente Resolución.

ARTÍCULO 7º.- REPORTE DE NOVEDADES. Se consideran novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud a que hace referencia el artículo 5 de la presente Resolución, las siguientes:

Continuación de la Resolución “Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

- a) Apertura de servicios.
- b) Apertura de nueva sede.
- c) Cambio de domicilio.
- d) Cambio de representante legal.
- e) Cambio de razón social.
- f) Cierre de servicios temporal o definitivo.
- g) Cierre de una sede.
- h) Cierre o apertura de camas.
- i) Cierre o apertura de salas.
- j) Disolución o Liquidación de la entidad o estar adelantando alguno de estos procesos.

ARTÍCULO 8º.- VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. Con el fin de verificar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, las entidades departamentales y distritales de salud, aplicarán el “Manual Único de Estándares y Verificación” Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente Resolución. No se podrán exigir estándares diferentes a los establecidos en dicho Manual.

ARTÍCULO 10º.- INSCRIPCIÓN. Los Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente, previo proceso de verificación, no necesitarán realizar una nueva inscripción y su certificación continuará vigente hasta tanto la entidad territorial realice una nueva visita de verificación conforme a los

estándares establecidos en la presente Resolución y se pronuncie sobre la confirmación o revocatoria de la habilitación.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1448 DE 2006

Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina

ARTÍCULO 1º.- CAMPO DE APLICACIÓN Y OBJETO.- Las disposiciones contenidas en la presente Resolución tienen por objeto regular la prestación servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina y establecer las condiciones de habilitación de obligatorio cumplimiento para las instituciones que prestan servicios de salud bajo dicha modalidad, complementando en lo pertinente la regulación correspondiente al Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 2º.- DEFINICIONES.

Telemedicina. Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a servicios que presentan limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

Centro de Referencia. Es aquella institución Prestadora de Servicios de Salud que cuenta con los recursos asistenciales especializados, y con las tecnologías de información y de comunicación suficiente y necesaria para brindar a distancia el apoyo en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación

de la enfermedad, requerido por una o más instituciones remisoras en condiciones de oportunidad y seguridad.

ARTÍCULO 3º.- DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.- El apoyo especializado mediante la modalidad de telemedicina de las instituciones catalogadas como Centros de Referencia a las Instituciones Remisoras en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad en los términos definidos en la presente Resolución, sólo se podrá dar en aquellas situaciones en que por limitaciones de oferta o de acceso no se pueda brindar el servicio completo de forma presencial por parte del especialista o como complemento de la asistencia del médico tratante de la Institución Remisora.

ARTÍCULO 6º.- CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DEL SISTEMA DE HABILITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES BAJO LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA. Las entidades que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina, cualquiera sea su clasificación, deberán garantizar el cumplimiento de las características de calidad establecidas en el artículo 3 del Decreto 1011 de 2006 o de las normas que lo sustituyan, modifiquen o adicionen.

CAPÍTULO II

SISTEMA DE HABILITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD BAJO LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA

ARTÍCULO 9º.- DE LAS ENTIDADES HABILITADAS PARA PRESTAR Y CONTRATAR SERVICIOS BAJO LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA.- Solo podrán prestar y contratar servicios bajo la modalidad de telemedicina aquellas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cumplan con los estándares establecidos en la presente norma, que presten los servicios directamente, que se hayan inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud como Instituciones Remisoras o como Centros de Referencia, o que correspondiendo a un servicio existente, hayan

reportado el empleo de las herramientas de telemedicina para ser consideradas como Instituciones Remisoras o como Centros de Referencia.

ARTÍCULO 10º.- DE LAS CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA, TÉCNICO ADMINISTRATIVA Y DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL.- Para su habilitación, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud bajo la modalidad de telemedicina deberán cumplir con las siguientes condiciones de capacidad tecnológica y científica, técnico administrativa y de suficiencia patrimonial:

A. DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica para las Instituciones Remisoras serán las establecidas en las normas reglamentarias del Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen o sustituyan, además de las que se establecen en el anexo técnico N° 1 de la presente Resolución.

B. DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA. Para todos los efectos de la presente Resolución se adoptan, tanto para las Instituciones Remisoras como para los Centros de Referencia, las condiciones establecidas en el artículo 9 del Decreto 1011 de 2006, demás normas que lo modifiquen o sustituyan.

C. DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA. Para todos los efectos de la presente Resolución se aplicará la definición adoptada en el artículo 8 del Decreto 1011 de 2006. Tanto para las Instituciones Remisoras como para los Centros de Referencia, las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera serán las establecidas en las normas vigentes.

CAPÍTULO III

OTRAS DISPOSICIONES

ARTÍCULO 12º.- CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SERVICIOS BAJO LA

MODALIDAD DE TELEMEDICINA.- Para la atención de pacientes bajo la modalidad de telemedicina, será necesario que al paciente se le haya informado en qué consiste esta modalidad de servicio, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención. Para este efecto, se dejará constancia en la historia clínica del paciente, quien con su firma autógrafa o huella dactilar declarará que comprendió la información entregada y que aceptó ser atendido bajo esta modalidad.

ACUERDO 253 DE 2003

Por el cual se aprueba la ampliación de cobertura en el Régimen Subsidiado con excedentes de liquidación de contratos y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1º. *Ampliación de Coberturas del Régimen Subsidiado.* La ampliación de coberturas del Régimen Subsidiado en los municipios y corregimientos departamentales que dispongan de recursos excedentes y sus respectivos rendimientos financieros como consecuencia de la liquidación de los contratos del Régimen Subsidiado de vigencias anteriores incluidos aquellos cuya vigencia expiró en marzo de 2003, así como de recursos no comprometidos de Situado Fiscal, Participaciones en Ingresos Corrientes de la Nación y del Sistema General de Participaciones y de recursos de que trata el parágrafo segundo del artículo 48 de la Ley 715 de 2001, se hará según la forma y condiciones previstas en las normas legales vigentes y en el presente acuerdo, previo el cumplimiento de las normas presupuestales vigentes en cada entidad territorial.

"Artículo 7°. *Criterios de priorización de beneficiarios de subsidios.* Las alcaldías o Gobernaciones (en el caso de los corregimientos departamentales) elaborarán las listas de potenciales afiliados al Régimen Subsidiado, clasificados en los niveles 1 y 2 de la encuesta SISBEN, en orden ascendente de menor a mayor puntaje y de la más antigua a la más reciente, con su núcleo familiar cuando haya lugar a ello, así como en los listados censales y se priorizará teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- 1. Recién nacidos.
- 2. Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- 3. La población del área rural.
- 4. Población indígena.
- 5. Población del área urbana.

Parágrafo 2°. En cualquier caso, el listado de priorizados deberá estar disponible entre 150 y 120 días calendario antes del proceso de contratación y no podrá ser modificado durante el siguiente año, salvo por aplicación de lo dispuesto en el artículo 34 del presente acuerdo, y las que sean necesarias por efecto de la actualización por barrido de la encuesta Sisbén. En este caso el Ministerio de la Protección Social autorizará la modificación de las bases de datos. Este listado será utilizado para todos los períodos de contratación que se inicien durante este año.

Parágrafo 4°. Como principio general la encuesta Sisbén no podrá ser aplicada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. No obstante, cuando ello ocurra, las personas encuestadas se incluirán en los listados de potenciales beneficiarios para el siguiente período de contratación, respetando los criterios de selección y priorización previstos en el presente acuerdo."

Artículo 3°. Modificar el numeral 1 del artículo 4° del Acuerdo 244 de 2003, el cual quedará así:

"1. Población infantil abandonada y menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. El listado censal de potenciales beneficiarios será elaborado por el ICBF, guardando la reserva legal a que haya lugar."

Artículo 4º. Adicionar un tercer inciso al artículo 6º del Acuerdo 244 de 2003, de la siguiente manera:

"Los menores abandonados y los desvinculados del conflicto armado que estén bajo la protección del ICBF se identificarán de conformidad con las normas vigentes que rigen la información de afiliación al SGSSS expedidas por el Ministerio de La Protección Social, garantizando a cada menor una única identificación a nivel Nacional. Esta identificación será válida hasta tanto le sea expedido el documento correspondiente por La Registraduría Nacional".

Artículo 6º. Definición del número máximo de afiliados para ampliación de cobertura. El cálculo del número máximo de afiliados para la ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado se hará de la siguiente manera:

1. Con los recursos de los saldos de liquidación de los contratos del Régimen Subsidiado de las vigencias anteriores de que trata el Decreto 3353 de 2003, se deberá realizar por (4) cuatro años más el periodo excepcional de contratación si es del caso, a fin de garantizar su sostenibilidad.
2. Con los recursos no comprometidos y los recursos de que trata el artículo 48 de la Ley 715 de 2001 se deberá realizar por cinco (5) años más el periodo excepcional de contratación si es del caso, a fin de garantizar su sostenibilidad.

ACUERDO 244 DE 2003 (Enero 31)

Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 2°. Potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado. Son potenciales beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, sin capacidad de pago.

Artículo 3°. Identificación de potenciales beneficiarios. La identificación de los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado, se hará en todos los municipios del país mediante la aplicación de la encuesta Sisbén

No podrán ser beneficiarias de los subsidios en salud del régimen subsidiado las personas que tengan vínculo laboral vigente,

Artículo 4°. Identificación de potenciales beneficiarios mediante instrumentos diferentes de la encuesta Sisbén. La identificación de las siguientes poblaciones se realizará sin aplicación de la encuesta Sisbén:

Artículo 5°. Documento de Identificación de los potenciales afiliados al Régimen Subsidiado. Los potenciales beneficiarios y afiliados al Régimen Subsidiado se identificarán mediante Registro Civil, Certificado de nacido vivo, tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía o cédula de extranjería en los casos de residentes extranjeros.

Artículo 6°. Identificación para comunidades indígenas y menores de edad. En el caso de las comunidades indígenas que no posean documento de identidad permanecerán en el Régimen Subsidiado siempre y cuando las autoridades tradicionales del Resguardo, parcialidad o cabildo legalmente constituidas certifiquen la existencia o permanencia de los miembros afiliados al Régimen Subsidiado de su

comunidad quienes continuarán en su calidad de afiliados y por ellos se reconocerá el valor de la UPC-S correspondiente.

Artículo 7°. Criterios de priorización de beneficiarios de subsidios. Las alcaldías o Gobernaciones en el caso de los corregimientos departamentales, elaborarán las listas de potenciales afiliados al Régimen Subsidiado, clasificados en los niveles 1 y 2 de la encuesta Sisbén, en orden ascendente de menor a mayor puntaje y de la más antigua a la más reciente, con su núcleo familiar cuando haya lugar a ello, así como en los listados censales y se priorizará teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Los recién nacidos y la población infantil menor de 5 años, prioritaria según lo establecido en el presente artículo, podrán afiliarse sin su grupo familiar.

El listado de priorizados deberá estar disponible entre 150 y 120 días calendario antes del proceso de contratación y no podrá ser modificado durante el siguiente año, salvo por aplicación de lo dispuesto en el artículo 34 del presente acuerdo y las que sean necesarias por efecto de la actualización por barrido de la encuesta Sisbén.

La encuesta Sisbén no podrá ser aplicada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 8°. Núcleo familiar. Para el proceso de selección y afiliación al Régimen Subsidiado, se aceptará un único núcleo familiar que estará integrado por:

1. El cónyuge o compañera(o) permanente cuya unión sea superior a dos años según lo establece el artículo 163 de la Ley 100 de 1993.
2. Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente

3. Los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente certificada en los términos de la Ley 100 de 1993, de cualquiera de los dos cónyuges o compañera(o) permanente.

4. Los hijos mayores entre los 18 y 25 años cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como lo establece el Decreto 1889 de 1994 y dependan económicamente del cabeza del núcleo familiar.

Artículo 9°. Responsabilidad de las entidades territoriales en el manejo de la información. La aplicación, implementación, administración y calidad de la información de la encuesta Sisbén y de los listados censales de su competencia, será responsabilidad del alcalde del respectivo municipio o distrito y cuando se trate de corregimientos departamentales será responsabilidad del Gobernador de acuerdo con los parámetros definidos por el Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes.

Igualmente deberán garantizar que las bases de datos de potenciales beneficiarios y priorizados contengan la información con la estructura técnica establecida por el Ministerio de La Protección Social que serán remitidas al departamento para su consolidación y posterior remisión al Ministerio de la Protección Social, entre los ciento cincuenta (150) y ciento veinte (120) días previos al inicio del período de contratación con el fin de consolidar, verificar y proteger la información.

Artículo 10. Verificación de la condición de beneficiarios del Régimen Subsidiado. Sin perjuicio de la responsabilidad que le corresponde a la entidad territorial, el Ministerio de la Protección Social verificará que los listados de priorizados remitidos por las entidades territoriales cumplen con lo dispuesto en el presente acuerdo. Las ARS y los usuarios podrán consultar en el Ministerio de la Protección Social estas bases de datos en cualquier tiempo, las cuales estarán disponibles noventa (90) días calendario antes de la contratación.

Cuando se detecte que la aplicación de la encuesta SISBEN o la conformación del listado se realizó de manera irregular, se cancelará con el procedimiento anterior la afiliación que se originó con base en dicha identificación, debiendo el ente territorial reconocer a la EPS-S correspondiente todos los gastos tanto administrativos como de prestación de servicios en que haya incurrido.

Artículo 11. Procedimiento de afiliación. El procedimiento y características para la afiliación será el siguiente:

1. Las entidades territoriales a través de las Direcciones Departamentales, Municipales o Distritales de Salud deberán mantener en lugar visible al público en forma permanente y actualizada, el listado y la ubicación de las entidades que se encuentran autorizadas y cumplan las condiciones de habilitación para ser seleccionadas como Administradoras del Régimen Subsidiado en la Región.
2. Las entidades territoriales a través de las direcciones departamentales, municipales o distritales de salud, precisarán las condiciones con las cuales se realizará el proceso de libre elección, dentro de los procedimientos definidos en el presente acuerdo, e informarán tanto a las entidades que se encuentran seleccionadas para administrar el Régimen Subsidiado en la región como a los usuarios.
3. Una vez aplicados los criterios de priorización para la asignación de subsidios, las entidades territoriales a través de las Direcciones de Salud de los Municipios, Departamentos y Distritos deberán divulgar en medios de fácil acceso las listas de población priorizada.
4. Las entidades territoriales a través de las direcciones departamentales, municipales o distritales de salud, convocarán a los potenciales beneficiarios de los subsidios a participar del proceso de libre elección.
5. Vencido el período de que trata el numeral anterior y dentro de los veinte días calendario realizará un acto público, con el objeto de que se ocupen los cupos

disponibles según las prioridades establecidas en el presente acuerdo, teniendo en cuenta el número de personas que no acudieron en la primera convocatoria, para lo cual citará en estricto orden del listado de priorizados, a nuevos potenciales beneficiarios.

6. Una vez escogida la Administradora del Régimen Subsidiado e iniciado el período de contratación respectivo, el afiliado no podrá revocar su voluntad de afiliación durante los próximos tres años.

7. En el caso en que un potencial beneficiario no haya hecho uso del derecho de libre elección habiendo sido convocado, dentro de los términos establecidos en el presente acuerdo, deberá esperar para su afiliación, hasta el siguiente período de contratación dependiendo de la disponibilidad de recursos.

Las direcciones departamentales, municipales o distritales de salud, como parte del proceso de divulgación de deberes y derechos, deberán mantener informados a los afiliados sobre los resultados de la evaluación de las entidades administradoras de Régimen Subsidiado de la región, así como coordinar acciones similares al proceso de elección de entidad administradora que procuren la libre elección y transparencia en los traslados de Administradoras del Régimen Subsidiado.

Artículo 13. Continuidad de la afiliación. Los entes territoriales deberán garantizar, antes de cualquier ampliación de cobertura la destinación de los recursos necesarios para garantizar la continuidad de los afiliados al Régimen Subsidiado.

Artículo 14. Libre elección de Administradora del Régimen Subsidiado para poblaciones especiales. . La elección de Administradora de Régimen Subsidiado, para el caso de la población identificada y seleccionada a partir de listados se realizará según el procedimiento de que trata el artículo 11 del presente acuerdo así:

1. En el caso de la Población infantil abandonada es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

2. En el caso de las Comunidades indígenas, las autoridades tradicionales y legítimas.
3. En el caso de los núcleos familiares de las madres comunitarias, elige la madre del núcleo familiar.

Artículo 15. Afiliación de recién nacidos. Todo recién nacido, hijo de afiliado al régimen subsidiado, automáticamente quedará afiliado a la EPS-S a la que pertenezca cualquiera de sus padres, quienes deberán informar la novedad, anexando copia del Certificado de Nacido Vivo y recibiendo el carné correspondiente, dentro de los treinta días calendario siguientes a la fecha de nacimiento. Los padres contarán con treinta días calendario para aportar el Registro Civil de Nacimiento.

Todo recién nacido no cubierto por el régimen contributivo, el régimen subsidiado u otro régimen excepcional, cuyos padres o responsables de su cuidado se encuentren clasificados en los niveles 1 y 2 de la encuesta Sisbén o en los listados a los que se refiere el artículo 4° del presente acuerdo, quedará afiliado al Régimen Subsidiado, según la disponibilidad de cupos en los contratos de régimen subsidiado. Cuando no existan cupos disponibles en el respectivo contrato, la EPS-S solicitará autorización a la entidad territorial para proceder a su afiliación.

La afiliación de los recién nacidos de padres no afiliados al Régimen Subsidiado, se realizará por parte de los padres o los adultos responsables de su cuidado, mediante la selección de Administradora de Régimen Subsidiado a más tardar treinta días calendario después de su nacimiento, para lo cual deberá diligenciar el Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado anexando copia del Certificado de Nacido Vivo y recibiendo el carné correspondiente. Los padres tendrán treinta (30) días calendario, a partir de esta fecha, para entregar el Registro Civil de Nacimiento. La afiliación se entenderá a partir del día en que se diligencie y radique el Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado.

Artículo 16. Acceso a la prestación de servicios de salud del recién nacido. A partir del nacimiento del menor hijo de padres afiliados y durante los primeros treinta días calendario el recién nacido podrá acceder a los servicios de salud con la presentación del carné de alguno de los padres afiliados o con la certificación de nacido vivo.

Artículo 17. Pago de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPC-S para los recién nacidos. El reconocimiento de la UPC-S de recién nacidos hijos de padres afiliados se efectuará a partir de la fecha de nacimiento y hasta por treinta (30) días calendario. A partir de esta fecha si no se ha carnetizado, sólo se reconocerá el valor de la UPC-S desde la fecha de carnetización. En el caso de los recién nacidos de padres no afiliados será a partir de la fecha de la radicación del formulario y carnetización o de la autorización de la entidad territorial.

Artículo 18. Carnetización. Todo afiliado al Régimen Subsidiado deberá identificarse con la presentación del carné de uso exclusivo e indelegable, que deberá ser expedido por la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado al momento de su afiliación y entregado a cualquier miembro mayor de edad, del núcleo familiar.

Artículo 19. Período mínimo de permanencia. El período de permanencia de un afiliado en la misma entidad administradora del Régimen Subsidiado será de tres años continuos.

Artículo 20. Procedimiento de traslado. Para efectos de traslado de Administradora de Régimen Subsidiado se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Siempre y cuando el afiliado haya permanecido durante tres años continuos en la entidad Administradora, podrá manifestar libremente su voluntad de traslado entre los 90 y 30 días antes del inicio del período de contratación, en el Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado definido por el Ministerio de la Protección Social.
2. El proceso de traslado se realizará en el acto público de que trata el artículo 11 del presente acuerdo. Durante este acto público se hará entrega del carné correspondiente.

En este proceso la Entidad Territorial deberá garantizar que no se genere multiafiliación como consecuencia del traslado.

3. Una vez cumplido el procedimiento anterior, el traslado de los afiliados se hará efectivo desde el primer día del período de contratación siguiente.

Artículo 21. Traslado por incumplimiento de las obligaciones de las administradoras del Régimen Subsidiado. Cuando se presente incumplimiento de las obligaciones de las ARS para con el afiliado, este podrá manifestar en cualquier momento su intención de traslado ante la entidad territorial, quien adelantará la investigación correspondiente en un tiempo no mayor a sesenta (60) días calendario, a fin de establecer si hubo incumplimiento por parte de la EPS-S. Realizado el procedimiento anterior, el afiliado, dentro de los diez (10) días calendario, tramitará ante la ARS seleccionada su novedad de traslado, la cual se entenderá efectiva a partir del primer día del mes siguiente a la radicación de Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado.

Artículo 22. Libre elección de ARS por parte de las comunidades indígenas. Según lo establece la Ley 691 de 2001, cada comunidad indígena en acta suscrita por las autoridades tradicionales propias, seleccionará la Administradora del Régimen Subsidiado, a la cual deberá afiliarse la totalidad de los miembros de la respectiva comunidad, acogiéndose a los procedimientos establecidos en este Acuerdo respecto del proceso de afiliación.

Artículo 23. Prohibición de la asignación forzosa de afiliados. Bajo ninguna circunstancia se permitirá la asignación forzosa de beneficiarios del Régimen Subsidiado a una determinada ARS.

Artículo 24. Información suministrada por las Administradoras de Régimen Subsidiado. Las actividades de divulgación y promoción de los servicios de las entidades administradoras deberán realizarse de manera amplia y permanente,

haciendo especial énfasis sobre los contenidos del POS-S, el régimen de cuotas moderadoras y copagos, la red de prestación de servicios, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y los mecanismos con que cuenta para garantizar una atención integral en salud y de calidad según las normas vigentes.

Artículo 25. Prohibiciones de publicidad y comercialización. Las autoridades y entidades públicas de los órdenes nacional, distrital, departamental y municipal no podrán promover o inducir la afiliación a una determinada administradora del Régimen Subsidiado. En consecuencia, las entidades administradoras del Régimen Subsidiado tanto públicas como privadas, no podrán tener en forma privilegiada personal, publicidad, medios de divulgación comercial u oficinas al interior de las gobernaciones, entidades territoriales distritales o municipales o Direcciones de Salud, excepto en los actos públicos de libre elección, guardando la igualdad de condiciones para todas las ARS.

Artículo 26. Pérdida de la calidad de afiliado en el Régimen Subsidiado. La afiliación al Régimen Subsidiado será indefinida mientras subsistan las condiciones previstas en el artículo 157 de la Ley 100 de 1993 y en el presente acuerdo para ser beneficiarios. Sin embargo la calidad de afiliado se perderá cuando:

1. Se cumplan las condiciones definidas por la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios para pertenecer al Régimen Contributivo.
2. Se compruebe por parte de la entidad territorial o la ARS, que el afiliado incurrió en actos fraudulentos contra el Sistema o de incumplimiento de los deberes establecidos en la Ley 100 de 1993, sin perjuicio de las demás acciones a que haya lugar.

Artículo 27. Manejo financiero de los traslados de los afiliados de las Cajas de Compensación Familiar con recursos administrados directamente por estas. El manejo financiero del traslado de afiliados que se realice en virtud del principio de la libre elección, se hará conforme al siguiente procedimiento:

1. Vencido el período para efectuar los traslados, las entidades territoriales efectuarán un cruce entre número de afiliados trasladados a las Cajas de Compensación Familiar y de estas a otras ARS.

2. Si este cruce arroja como resultado un número mayor de afiliados retirados de las Cajas de Compensación Familiar, que ingresos de afiliados a las mismas, estas entidades apropiarán el valor de las Unidades de Pago por Capitalización Subsidiada de su población afiliada, y girarán al Fosyga el valor mensual correspondiente a los retirados, a más tardar el tercer día hábil siguiente, a la fecha límite establecida para el pago de los aportes del subsidio familiar por parte de los empleadores.

3. En caso de que los ingresos de afiliados sean mayores a los retiros de afiliados en el proceso de traslado, la entidad territorial asignará los recursos necesarios para garantizar la continuidad de la población que se traslada de otra ARS a la Caja de Compensación Familiar.

Artículo 28. Efectos de la afiliación múltiple. En los casos en que se detecte afiliación múltiple en el régimen subsidiado bien sea por que una persona se encuentre reportada como afiliada dos o más veces en una misma ARS, o se encuentre simultáneamente afiliada a dos o más ARS, o se encuentre simultáneamente afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, o a los regímenes de excepción, las Entidades Territoriales y las administradoras del Régimen Subsidiado deberán observar los procedimientos establecidos en el presente acuerdo, aplicando en lo pertinente el Decreto 806 de 1998.

Parágrafo 1°. Las ARS incluirán en el formato del reporte de novedades que se encuentra en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud, la información relacionada con el número de afiliados que como consecuencia de la múltiple afiliación han dejado de pertenecer a la entidad Administradora, con el fin de ajustar los pagos por UPC-S.

Parágrafo 2°. Cuando las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado tengan indicios de múltiples afiliaciones en diferentes ARS o entre estas y las EPS del régimen contributivo, deberán solicitar a la entidad territorial que verifique dicha información y adopte las medidas a que haya lugar. La entidad territorial informará a la ARS los resultados obtenidos como producto del cruce de las bases de datos.

Artículo 29. Múltiple afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado. Cuando se presente múltiple afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado se seguirá el siguiente procedimiento:

1. Cuando la entidad territorial detecte un formulario de afiliación al régimen subsidiado de una persona que esté afiliada y compensada al régimen contributivo, con anterioridad a la suscripción de los contratos de régimen subsidiado, cancelará dicho formulario, y le enviará comunicación al afiliado dentro de los treinta (30) días calendario siguientes, indicándole la imposibilidad de afiliarse al régimen subsidiado.

2. Cuando la entidad territorial detecte múltiples afiliaciones a los regímenes contributivo y subsidiado, sin que haya existido previo aviso del afiliado, durante la ejecución de los contratos de aseguramiento, ordenará la exclusión de los afiliados mediante acto administrativo motivado, expedido por la entidad territorial, contra el cual procederán los recursos establecidos en el Código Contencioso Administrativo. Una vez el acto administrativo quede en firme se notificará a las administradoras de régimen subsidiado la cancelación de la afiliación incluyendo el grupo familiar definido en el presente acuerdo. A partir del momento en que se notifique esta orden a las Administradoras del Régimen Subsidiado no se reconocerá Unidad de pago por Capitación por dichas personas.

Artículo 30. Traslado del Régimen Subsidiado al Contributivo. Cuando el afiliado informe a la entidad territorial que ha ingresado al régimen contributivo temporalmente, con posterioridad a la afiliación al régimen subsidiado, la entidad territorial suspenderá

esta afiliación por un término no mayor a tres meses. Esta afiliación se activará nuevamente, una vez el afiliado informe su desvinculación al Régimen Contributivo.

Durante el tiempo de la suspensión de la afiliación no se reconocerán UPC-S a la ARS. La Entidad Territorial deberá informar a todos los afiliados del Régimen Subsidiado el procedimiento que deberán seguir cuando se encuentren en esta situación. Igualmente informará a la ARS los afiliados sobre los cuales le suspenderá la afiliación y la fecha a partir de la cual se suspende la misma.

Durante el período de suspensión la entidad territorial no podrá disponer del cupo de la población que se encuentra en esta situación. Si transcurridos los tres meses la persona continúa afiliada al Régimen Contributivo, se cancelará su afiliación y los cupos se reemplazarán de acuerdo con lo previsto en el artículo 34 del presente acuerdo.

Artículo 31. Múltiple afiliación en el Régimen Subsidiado:

a) En la misma ARS. En el evento en que la Entidad Territorial detecte dentro de la base de datos de una ARS que existe una persona con afiliaciones múltiples, deberá dejar una sola afiliación y eliminará en forma inmediata las demás, sin necesidad de comunicarlo al afiliado. De este procedimiento notificará a la ARS, la cual deberá hacer la devolución de las respectivas UPC-S recibidas en exceso con los intereses moratorios equivalentes a la tasa de interés moratoria establecida para los impuestos administrados por la DIAN, dentro de los 10 días calendario siguientes a la notificación, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar. De igual manera la Entidad Territorial deberá informar del hecho a las autoridades de vigilancia y control;

b) Entre distintas ARS, en la misma entidad territorial. En el evento en que la entidad territorial detecte esta novedad en la base de datos posterior al inicio de la contratación, esta escogerá la ARS a la cual quedará afiliado, quien por haber generado la multiafiliación perderá el derecho a elegir. De este procedimiento notificará a la ARS y al

afiliado dentro de los 10 días calendario, siguientes a la identificación de la multifiliación. La UPC-S no se pagará a partir de la fecha de notificación;

c) En diferentes entidades territoriales. Cuando el Ministerio de la Protección Social detecte múltiples afiliaciones al Régimen Subsidiado en diferentes entidades territoriales, notificará a las entidades territoriales los casos de multifiliación encontrados. La afiliación válida será la que corresponda al lugar en el que fue aplicada la encuesta Sisbén o el listado censal, más reciente. La UPC-S no se pagará a partir de la fecha de notificación.

Artículo 33. Aseguramiento de la población que se traslada de municipio. Cuando una persona afiliada al régimen subsidiado fije su domicilio en un municipio diferente al que se afilió al régimen subsidiado, deberá ser atendido por la red pública del municipio al cual se trasladó, e iniciar el proceso de identificación, selección y afiliación al régimen subsidiado.

Cuando el cambio de domicilio obedezca a desplazamiento forzoso, retorno o reubicación de la población desplazada, los afiliados serán atendidos con cargo a los recursos de la ARS a la cual se encuentren afiliados y hasta la terminación del período contractual. La entidad territorial a la cual se ha trasladado deberá dar aplicación a lo establecido en el artículo 11 del presente acuerdo.

Artículo 39. Selección de EPS-S por las entidades territoriales. Las entidades territoriales, seleccionarán las ARS hasta el número máximo definido por el Ministerio de la Protección Social en cada región. La selección se hará mediante concurso que se realizará de la siguiente forma:

Artículo 40. Divulgación de la evaluación y calificación de administradoras del Régimen Subsidiado. Todos los municipios deberán hacer público en las Secretarías de Salud respectivas y en medios de amplia difusión de la jurisdicción, el resultado del

proceso de habilitación y selección de las ARS que operan en su territorio, así como el resultado de sus posteriores evaluaciones y calificaciones.

Artículo 43. Gastos de administración de administradoras de Régimen Subsidiado. Al cierre de la vigencia fiscal del año 2003, los gastos de administración en ningún caso podrán exceder el 10% del total de los ingresos operacionales.

Artículo 45. Contratos de aseguramiento. Para administrar los recursos del Régimen Subsidiado y proveer el aseguramiento de la población afiliada a este régimen, la entidad territorial suscribirá un solo contrato con cada administradora del régimen subsidiado, por el número de afiliados carnetizados que incluye la población trasladada, la nueva por ampliación de cobertura y la población de continuidad.

Artículo 46. Obligatoriedad de la Administradora de Régimen Subsidiado de suscribir contratos cuando los beneficiarios la hayan seleccionado. Cuando una ARS se encuentre habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud y haya sido seleccionada para operar en una región y durante el proceso de afiliación o traslado es elegida libremente por los beneficiarios del subsidio, tendrá la obligación de suscribir los contratos del Régimen Subsidiado, siempre y cuando cumplan con el porcentaje mínimo de participación en cada municipio según lo establecido en el artículo 39 del presente acuerdo.

Artículo 47. Seguimiento de contratos del Régimen Subsidiado. Las administradoras del Régimen Subsidiado deberán responder por el aseguramiento en salud de la población afiliada a partir del inicio del período contractual.

Los contratos con los prestadores de servicios de salud no podrán realizarse con vigencias menores 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 para completar el período anual de contratación.

Artículo 55. Retiro voluntario de Administradoras de Régimen Subsidiado. Las ARS solo podrán retirarse voluntariamente al vencimiento de los períodos contractuales establecidos, siempre y cuando hayan informado su intención de retiro a la Superintendencia Nacional y a la entidad territorial por lo menos ciento veinte (120) días calendario antes de terminar el período de contratación vigente.

Los afiliados podrán elegir nueva ARS acogiéndose al procedimiento establecido en el artículo 11, para lo cual la entidad territorial y la ARS, comunicarán de su retiro a los usuarios por un medio de amplia circulación regional.

Artículo 63. Atención en salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado en condición de desplazamiento forzado. La EPS-S debe garantizar la prestación de servicios de salud en el municipio al cual se traslada este afiliado. La Entidad Territorial deberá mantener la continuidad hasta la terminación de la anualidad del contrato de aseguramiento. Terminado este período la garantía del aseguramiento corresponderá a la entidad territorial donde se encuentre radicado.

Artículo 66. Financiación de la afiliación al Régimen Subsidiado para población rural migratoria. El Fondo de Solidaridad y Garantía subsidiará el equivalente al 80% del valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada. Los gremios agrícolas conformados por empleadores de trabajadores rurales migratorios, que deseen intervenir en el proceso podrán crear un fondo con su propia reglamentación que le permita al gremio apoyar el proceso de identificación para el subsidio y en la organización del recaudo del 20% del valor de la UPC subsidiada que le corresponde aportar al trabajador migratorio e incluso apoyar financieramente a los trabajadores migratorios para cubrir este aporte.

ACUERDO 000326 DE 2005

Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas.

Artículo 1°. *Objeto y ámbito de aplicación.* Las disposiciones del presente acuerdo, tienen por objeto fijar lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado para la población indígena. En consecuencia determina los criterios para el procedimiento de afiliación y la adecuación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

Artículo 2°. *De las obligaciones de las EPSI que administren recursos del Régimen Subsidiado.* Las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, EPSI, que administren recursos del Régimen Subsidiado, deberán someterse a la normatividad vigente aplicable, salvo lo previsto en el presente Acuerdo para las Administradoras de Régimen Subsidiado Indígenas, ARSI.

Artículo 3°. *Cobertura.* Para la ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado la Entidad Territorial atenderá en todos los casos los criterios de priorización establecidos en el Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, estableciendo de manera expresa el número mínimo de subsidios destinados a la población indígena.

Los recursos asignados expresamente para la afiliación de la población indígena, solo podrán ser utilizados para el aseguramiento de esta población conforme con los criterios de priorización del Acuerdo 244 del CNSSS. Cuando de acuerdo con las características socioculturales y geográficas de la comunidad, la autoridades indígenas consideren necesario modificar los criterios de priorización del Acuerdo 244, podrán hacerlo mediante acta comunitaria que se hará conocer previamente a las respectivas entidades territoriales.

Artículo 4°. *Identificación de beneficiarios.* La identificación de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo establecido en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001. Cuando la población beneficiaria identificada a través

del listado censal no coincida con la población indígena certificada por el DANE, la autoridad territorial lo verificará y validará de manera conjunta con la autoridad tradicional para efectos del registro individual en la base de datos de afiliación al Régimen Subsidiado.

Artículo 5°. *Afiliación de las comunidades indígenas.* Las comunidades indígenas podrán afiliarse al Régimen Subsidiado de manera colectiva y preferencialmente a una ARSI, según lo previsto en el artículo 17 de la Ley 691 de 2001. En caso de afiliaciones colectivas, se entenderá surtido el trámite de libre elección con la presentación del Acta de la Asamblea Comunitaria donde se exprese esa voluntad, la cual tendrá el carácter de acto público de que trata el artículo 11 del Acuerdo 244 de 2003, debiendo, en consecuencia, ser aceptada por el Alcalde respectivo, siempre que la ARS seleccionada esté autorizada para afiliar en el respectivo municipio.

Artículo 6°. *Traslados colectivos.* La comunidad indígena deberá manifestar expresamente su voluntad de trasladarse a otra ARS, entre los 90 y 30 días antes del inicio del período anual de contratación, sin detrimento del cumplimiento del periodo mínimo de permanencia en una ARS, establecido en las disposiciones que regulan el Régimen Subsidiado. Si la manifestación de voluntad de traslado no se efectúa dentro de los términos señalados en el presente Acuerdo, se renovarán automáticamente los contratos de afiliación con la ARS a la que se encontraren afiliados.

Artículo 7°. *Adecuación del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para los Pueblos Indígenas.* En concordancia con la Ley 691 de 2001, en el marco de los modelos de salud interculturales indígenas, el Ministerio de la Protección Social realizará los estudios para la adecuación del Plan Obligatorio de Salud Indígena, el cual deberá contemplar los siguientes aspectos:

1. Acciones de medicina tradicional, entendida esta como los conocimientos, prácticas, rituales, conceptos y procesos de salud integral que ancestralmente han realizado los pueblos indígenas como modelo de vida colectiva, enmarcado dentro de la cosmovisión

de cada pueblo. Estas acciones se desarrollarán de acuerdo con las particularidades de cada pueblo.

2. Adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena, que son los servicios y actividades en salud necesarios y complementarias, adecuadas a las condiciones sociales, culturales, organizativas, ambientales, poblacionales y de cosmología, que garantizan la oportunidad, accesibilidad, calidad y efectividad del POS dirigidos a los pueblos indígenas.

3. Promoción y prevención en salud indígena, que son los planes, procesos y acciones en educación en salud indígena dentro de los procesos organizativos propios de cada pueblo.

4. Subsidios y/o autonomía alimentaria, son las estrategias y acciones orientadas a la recuperación y el fortalecimiento de los sistemas de producción sostenibles, consumo de alimentos propios y acceso a otras fuentes de alimento ligadas a las formas organizativas, que contribuyen directamente al mejoramiento de condiciones nutricionales, de salud y de vida de los pueblos indígenas, teniendo en cuenta lo que señala el artículo 8° de la Ley 691 referente al subsidio alimentario para mujeres gestantes y los niños menores de 5 años.

Artículo 9°. *Garantía de atención por migración.* Cuando la población indígena afiliada al Régimen Subsidiado fije su domicilio en un municipio diferente al que se afilió, se deberá garantizar su atención de conformidad con lo establecido en el artículo 33 del Acuerdo 244 de 2003.

ACUERDO 331 DE 2006

Por medio del cual se modifican parcialmente los artículos, 7º, 14, 63 y 65 del Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS.

Artículo 1º. El artículo séptimo del Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, quedará así:

Artículo 7º. Criterios de priorización de beneficiarios de subsidios. Las alcaldías o Gobernaciones (en el caso de los corregimientos departamentales) elaborarán las listas de potenciales afiliados al Régimen Subsidiado, clasificados en los niveles 1 y 2 de la encuesta SISBEN, en orden ascendente de menor a mayor puntaje y de la más antigua a la más reciente, con su núcleo familiar cuando haya lugar a ello, así como en los listados censales y se priorizará teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Recién nacidos.
2. Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
3. La población del área rural.
4. Población indígena.
5. Población del área urbana.

En cada uno de los grupos de población, descritos en los numerales 3, 4 y 5 anteriores, se priorizarán los potenciales afiliados en el siguiente orden:

1. Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y postnatal.
2. Niños menores de cinco años.
3. Población en condición de desplazamiento forzado.
4. Población con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisbén.
5. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal.
6. Población de la tercera edad.
7. Núcleos familiares de las madres comunitarias.

8. Desmovilizados.

Artículo 2º.- El artículo 14 del Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, quedará así:

Artículo 14. Libre elección de Administradora del Régimen Subsidiado para poblaciones especiales. La elección de Administradora de Régimen Subsidiado, para el caso de la población identificada y seleccionada a partir de listados, se realizará según el procedimiento de que trata el artículo 11 del presente acuerdo así:

1. En el caso de la Población infantil abandonada y los menores desvinculados del conflicto armado que estén bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF.
2. En el caso de las Comunidades indígenas, las autoridades tradicionales y legítimas.
3. En el caso de los núcleos familiares de las madres comunitarias, elige la madre del núcleo familiar.
4. En el caso de la población desmovilizada del conflicto armado, la elección inicial de la ARS la realizará directamente el Ministerio del Interior y de Justicia a través del Programa Especial de Reincorporación a la Vida Civil. Posteriormente, los desmovilizados podrán ejercer su derecho de libre traslado de ARS en los periodos definidos por el CNSSS.

Artículo 63. Atención en salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado en condición de desplazamiento forzado y desmovilizada del conflicto armado. La ARS debe garantizar la prestación de servicios de salud en el municipio al cual se traslada este afiliado. La Entidad Territorial deberá mantener la continuidad hasta la terminación del contrato de aseguramiento.

Artículo 4º. El artículo 65 del Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, quedará así:

Artículo 65. Cálculo para determinar el número de afiliados con cargo a los recursos del artículo 217 de la Ley 100 de 1993. El número de afiliados que las Cajas de Compensación Familiar están en capacidad de afiliar en cada vigencia, se estimarán anualmente con base en el 95% del presupuesto proyectado para cada año, y el valor de la UPC afiliación de esta población por cinco años.-S autorizada por el CNSSS, más un ajuste estimado a la misma para la siguiente vigencia, hasta concluir el período de contratación correspondiente. Con estos recursos se financiarán los contratos independientemente de que su ejecución comprenda dos anualidades. En todo caso las Cajas de Compensación deberán certificar la sostenibilidad financiera que les permita garantizar la continuidad de la contratación.

2.2.1 MARCO NORMATIVO DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN ENTRE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y LAS EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD.

Ley 1150 de 2007: Por medio de la cual se toman medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993, y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con recursos públicos-

Ley 1122 de 2007 Realiza algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad

En su Artículo 14 numerales f), j),k), establece reglas adicionales para la operación:
f) El valor total de la UPC del Régimen Subsidiado será entregado a las EPS del régimen subsidiado. Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado. 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. Cuando las ESE no tengan capacidad para prestar es tos servicios de

promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE se

incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o en quien este delegue. Los municipios acordarán con las EPS del Régimen Subsidiado los mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad;

.....

j) En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el presente artículo, dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley. En todo caso, cuando el Fosyga haga el reconocimiento, el pago se hará sobre la base de las tarifas mínimas definidas por la Comisión de Regulación en Salud;

k) Es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y resultados de dichos programas serán monitoreados a través de los mecanismos de evaluación de que trata el artículo 2° de la presente ley;

Artículo 23. Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así

mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los límites de afiliación a las entidades promotoras de salud, previo estudio técnico que se realice de acuerdo a las capacidades técnicas, científicas y administrativas de las mismas.

.....

Parágrafo 2°. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. Las personas que administran los recursos deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo

Las disposiciones de ley 1122 de 2007 relacionadas con el proceso de contratación son:

Artículo 13. Flujo y protección de los recursos. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas: Numerales que inciden en el proceso:

c) Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS-RS se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario;

d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del

50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

Financiación interventoría Cuentas maestras EPS-S:

Artículo 13. Flujo y protección de los recursos numerales e) y f)

e) Los municipios y distritos destinarán hasta **el 0,4%** de los recursos del régimen subsidiado, para financiar los servicios de interventoría de dicho régimen. La interventoría sólo podrá ser contratada con entidades previamente habilitadas departamentalmente y del Distrito Capital, a través de concursos de méritos, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

Adicionalmente, los municipios y distritos destinarán **el 0,2%** de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será reglamentado por el Gobierno Nacional, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley;

f) Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, manejarán los recursos en cuentas maestras separadas para el recaudo y gasto en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social. Sus rendimientos deberán ser invertidos en los Planes Obligatorios de Salud.

El concepto de aseguramiento y fija reglas adicionales:

Artículo 14º. Organización del Aseguramiento, establece: Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, 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 asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.(EPS-RS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

A partir de la vigencia de la presente ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación Numerales ,f),g)h),K):

Servicios de promoción y prevención:

f) El valor total de la UPC del Régimen Subsidiado será entregado a las EPS del régimen subsidiado. Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado. 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. Cuando las ESE no tengan capacidad para prestar es tos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o en quien este delegue. Los municipios acordarán con las EPS del Régimen Subsidiado los mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad;

g) No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén o el instrumento que lo remplace;

h) No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los períodos de carencia;

.....

k) Es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y resultados de dichos programas serán monitoreados a través de los mecanismos de evaluación de que trata el artículo 2° de la presente ley.

Contratación red pública:

Artículo 16. Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. 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. Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

Parágrafo. Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica

Liquidación de contratos:

Artículo 17. Liquidación de contratos en el régimen subsidiado. Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial.

En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente artículo, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible.

Aseguramiento alto costo:

Artículo 19. Aseguramiento del Alto Costo. Para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional

Servicios No POS-S:

Artículo 20. Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien

delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Parágrafo. Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución

Movilidad entre regímenes:

Artículo 21. Movilidad entre Regímenes. Con el ánimo de lograr la permanencia en el Sistema, los afiliados al régimen subsidiado que ingresen al régimen contributivo deberán informar tal circunstancia a la entidad territorial para que proceda a suspender su afiliación la cual se mantendrá por un año, término dentro del cual podrá reactivarla

Defensor del ciudadano:

Artículo 42. Defensor del usuario en salud. Créase la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

Créase el fondo-cuenta, dependiente de la Superintendencia Nacional de Salud, encargado de recaudar y administrar los recursos destinados a la financiación de los costos que demande la defensoría del usuario. Dicho fondo se alimentará con los recursos girados por las EPS para el sostenimiento del mismo. El Ministerio de la

Protección Social reglamentará todo lo relacionado con el número de defensores, la elección de los mismos quienes deben ser elegidos por los usuarios y la forma como deben contribuir, cada EPS para la financiación de dicho Fondo.

Administración de la BDUA RIPS:

Artículo 44. De la información en el Sistema General de Seguridad Social. En el transcurso de los siguientes seis meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social definirá el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, Sispro, este Plan será enviado al Congreso Nacional.

.....

Parágrafo 1°. En todo caso las Entidades Promotoras de Salud, EPS, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. Estas se administrarán de acuerdo a los lineamientos técnicos del Ministerio de la Protección Social y estarán al servicio de los diversos actores que deben tomar decisiones especialmente el Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Fosyga, la Superintendencia Nacional de Salud, los Municipios, Distritos y Departamentos, las Administradoras del Régimen Subsidiado y los prestadores de servicios.

Parágrafo 2°. La rendición de información y la elaboración del Registro Individual de Prestación de Servicios, RIPS, serán obligatorias para todas las entidades y organizaciones del sector que tengan parte en su elaboración y consolidación.

LEY 715 DE 2001:

Establece el sistema general de participaciones, identificando una participación específica para el sector salud denominada “participación para salud”.

Titulo III, Sector Salud. Describe las competencias para los diferentes órdenes de la administración pública: nacional; departamental y municipal del sector.

Art. 51. Contratación de la prestación de servicios en el régimen subsidiado. Las ARS deberán contratar con las IPS públicas no menos del 40% de las UPC-S efectivamente contratadas, valor que no será inferior al 50% cuando en el municipio existan hospitales públicos de mediana o alta complejidad.

LEY 100 DE 1993 ART. 153, numeral 4. Establece que el sistema general de seguridad social en salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud y que asegurará a los usuarios libertad en la escogencia de asegurador y prestador de servicios cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios.

Art. 215, 216, 217. Las direcciones locales, distritales o departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las entidades promotoras de salud que afilien a los beneficiarios del subsidio, para lo cual contratarán preferiblemente la administración de los recursos del subsidio con empresas promotoras de salud de carácter comunitario tales como las empresas solidarias de salud.

Cuando la contratación se realice con empresas o entidades que no sean propiedad de los usuarios como las empresas solidarias de salud, la contratación con las promotoras de salud se regirá mediante concurso. Las Cajas de Compensación Familiar podrán administrar directamente los recursos del régimen subsidiado

Norma: CONPES Distribución del Sistema General de Participaciones de la vigencia 2006

DECRETOS

Decretos 1020 de 2007: Por el cual se reglamenta la ejecución y giro de unos recursos del Régimen Subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud a la población cubierta con subsidios a la demanda.

Decreto 2320 De 2005: Establece los requisitos para que las EPS y ARS puedan administrar los recursos del Régimen Subsidiado de salud.

Decreto 506 de 2005: Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 515 de 2004 y se dictan otras disposiciones.

Establece condiciones de habilitación de las entidades autorizadas.

Modifica los artículos 2 y 12 del Decreto 515 de 2004.

Decreto 783 de 2000:

Artículo 12. El artículo 10 del Decreto 047 de 2000, quedará **así:**

"Artículo 10. Atención inicial de urgencias. En concordancia con lo establecido en el artículo 41 del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros treinta días a partir de la afiliación del trabajador dependiente se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en:

- a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales;
- b) La realización de un diagnóstico de impresión;
- c) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Las autoridades de inspección y vigilancia velarán por el estricto cumplimiento de esta disposición.

Una vez se establezca la persona y se defina su destino inmediato, será requisito indispensable para la realización de los siguientes procedimientos la autorización por parte de la Entidad Promotora de Salud.

ACUERDOS:

Acuerdo 336 de 2006: Actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 351 de 2006: Fija el valor de la unidad de pago por capitación del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2007.

Acuerdo 346 de 2006: Artículo 2°. A partir del 30 de marzo de 2007 para la suscripción de cualquier contrato de régimen subsidiado las ARS deben cumplir con los requisitos establecidos en el inciso 4° del artículo 6° del Acuerdo 294 y en el artículo 2° del Acuerdo 303 del CNSSS. Los municipios y distritos deberán verificar el cumplimiento de tales requisitos antes de la suscripción de los contratos.

Parágrafo. Lo dispuesto en el primer inciso del presente artículo se aplicará garantizando siempre la permanencia de por lo menos dos (2) ARS en cada municipio. En estos casos se mantendrán las dos (2) ARS con mayor número de afiliados en el municipio.

Acuerdo 345 de 2006: Amplia el periodo de contratación definido en el Acuerdo 342/06, estableciendo un periodo de contratación que inicia el 20 de diciembre de 2006 y termina el 31 de marzo de 2007.

Acuerdo 343 de 2006: Define criterios excepcionales para efectuar la liquidación de contratos en los eventos en que se presente múltiple afiliación.

Acuerdo 342 de 2006: Define dos periodos de contratación para la ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado uno el 1º de noviembre y otro el 1º de diciembre de 2006, terminando en los dos casos el 31 de marzo de 2007.

RESOLUCIONES:

Resolución 3215 de 2007: Por el cual se fijan los mecanismos de calculo para definir los montos por parte de las Empresas Promotoras de la Salud EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, y Entidades Obligadas a Compensar, EOC, y de distribución de recursos de la cuenta de alto costo, en el caso de la terapia de reemplazo renal por Enfermedad Renal Crónica, ERC.

Resolución 2949 de 2003: Subroga las Resoluciones 05061 de 1997 y 02312 de 1998 y se dictan otras disposiciones para la autorización y el recobro ante el FOSYGA de medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 de CNSSS autorizados por el Comité técnico científico

CIRCULARES

Circular 036 de 2006: Imparte instrucciones sobre el adecuado pago de recursos del Régimen Subsidiado. Numeral 2. Responsabilidad de las entidades territoriales de contar con una interventoría permanente, para los contratos del Régimen Subsidiado, interna o externa según lo señalado en el artículo 49 del Acuerdo 244 de 2003 del CNSSS.

Numeral 3. Para el pago de los contratos del régimen subsidiado se debe tener en cuenta que conforme al mismo Acuerdo 244 del CNSSS y la minuta del contrato este pago debe realizarse por bimestre anticipado dentro de los primeros diez días del

correspondiente bimestre y los ajustes por novedades serán realizados en los bimestres posteriores y a la liquidación del contrato para el último bimestre.

2.2.2 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EL SGSSS.

Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1043 de 2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Incluye:

Anexo Técnico No.1 Manual único de estándares y de verificación

Resolución 1446 de 2006 Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Incluye anexo técnico. Indicadores del nivel de monitoria del sistema

Decreto 2193 DE 2004: Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003.

Establece las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud.

2.2.3 DISPOSICIONES SOBRE LA BDU A

Ley 1122 de 2007: Artículo: 44° El Ministerio de la Protección Social definirá el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO-, este Plan será enviado al Congreso Nacional. Dicho sistema deberá cumplir las siguientes funciones.

Resolución 5078 de 2006: Por la cual se modifica la Resolución 1149 de 2006 Introduce los conceptos de modalidad del subsidios y tipo de contrato en los contratos del Régimen Subsidiado de Salud.

Resolución 1149 de 2006: Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud

Acuerdo 343 de 2006: Define criterios excepcionales para efectuar la liquidación de contratos en los eventos en que se presente múltiple afiliación

18 Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C Resolución 660 de 2008. Art 2, 1p.

19 Ministerio de Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma Régimen Subsidiado, Bogotá,D.C, 2006, Link CAJA DE HERRAMIENTAS, pag web: www.minproteccion.gov.co

3. METODOLOGÍA:

Aplicando técnicas como la lluvia de ideas y análisis de causalidad, se identificaron los problemas críticos que impedían la operación eficiente y el buen funcionamiento del Régimen Subsidiado en el departamento de Santander. El resultado de esta selección, evidenció el proceso de Inspección Vigilancia y Control, como uno de los que presentaba mayor deficiencia; por lo tanto el grupo de trabajo montó el programa de mejora en este campo.

En este trabajo se realizó un análisis de situaciones y controles de la dinámica social y demográfica del Departamento de Santander, dentro de una combinación sociocultural, económico-administrativa, cuyo alcance fue la elaboración de un modelo único de Inspección, vigilancia y control para la interventoría del Régimen Subsidiado, capaz de cumplir con las exigencias y recomendaciones del Ministerio de la Protección Social según su normatividad vigente.

Tomando en cuenta que los parámetros de Calidad en salud del SGSSS de nuestro país, están dados por la normatividad correspondiente, se revisaron también los criterios de Calidad ISQUA, que para efectos de nuestro trabajo, se reflejan por los estándares contemplados en la regulación normativa correspondiente.

Los procedimientos utilizados para la elaboración del trabajo fueron los siguientes:

1. Entrevistas con funcionarios de la secretaria de salud departamental, interventores del régimen subsidiado, y experiencias de los realizadores del proyecto, para identificar los principales factores generadores de inconsistencias.
2. Observación y análisis de los procesos de interventoría y contratación de los municipios, con las administradoras del régimen subsidiado (EPS -S), fuentes de información y flujo de recursos, contratación EPS-S e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas (IPS) y la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) por parte de la Secretaria de salud Departamental.

Los problemas identificados en cada uno de los procesos se clasificaron de acuerdo con las causas y los efectos más importantes, frente a la aplicación de los procesos evaluados, se le asignó calificación al ente, y a la actuación del interventor en cada caso.

Los problemas clasificados como prioritarios para este efecto fueron los siguientes:

- a) Falta de seguimiento adecuado por parte de los interventores al cumplimiento de la obligación contractual de los contratos.
- b) No hay una herramienta que permita hacer seguimiento a la ejecución de los contratos.
- c) Diversidad de formatos para la recolección y procesamiento de la información enviada por las EPS-S a los municipios.
- d) Liquidaciones de contratos inadecuadas o en la mayoría de casos no se estaban realizando.
- e) Notificación de Novedades mal procesadas.
- f) Desconocimiento e incumplimiento de normas vigentes.
- g) Escaso archivo de documentación sobre el seguimiento a la contratación.

- h) Grandes ineficiencias generadas por los incumplimientos de los contratos entre municipios y EPS-S.
- i) Sensibles debilidades de los municipios para la contratación, las cuales resultan inversamente proporcionales a su tamaño y grado de desarrollo, y afectan las exigencias a las EPS-S para el cumplimiento de sus obligaciones, principalmente en relación con la calidad y oportunidad de los servicios.
- j) Dispersión en la gestión y el flujo de recursos que favorece morosidad y desvíos.

Una vez identificadas las deficiencias en la operativización del régimen subsidiado específicamente en lo que tiene que ver con la inspección, vigilancia y control para la interventoría del régimen subsidiado se procedió con las siguientes intervenciones:

1. Una revisión cuidadosa de la normatividad vigente, en cada uno de los procesos del Régimen Subsidiado, permitiendo así que los instrumentos diseñados tuvieran una aplicación válida, en el apoyo a una buena gestión de la interventoría.
2. Mediante consenso entre todos los integrantes del grupo se priorizaron los puntos a mejorar de todas las no conformidades evidenciadas.
3. Se incorporó la asesoría de un Tecnólogo en sistemas para la elaboración de las herramientas de aplicación en Formato Excel.
4. Se procedió a diseñar las Herramientas técnicas que hacen parte integral del modelo que presentamos a continuación con cada uno de los componentes priorizados del proceso de Interventoría.
5. Se verificó la aplicabilidad de los instrumentos, para ello se utilizó información del municipio Hacarí Norte de Santander, encontrándose algunas deficiencias que fueron perfeccionadas.
6. El proceso estuvo sujeto a las condiciones establecidas en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, y a las modificaciones,

reglamentaciones y adiciones que rigen actualmente, para asegurar una adecuada calidad de la gestión.

7. Finalmente con la consolidación de toda la información se estructuró el Modelo Único de Inspección, Vigilancia y Control para la interventoría del régimen subsidiado en salud en el Departamento de Santander, que describimos a continuación.

3.1 DESCRIPCION DEL MODELO DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL A LA INTERVENTORIA DEL REGIMEN SUBSIDIADO.

Los procesos desarrollados en el modelo son:

- GESTION DE NOVEDADES
- RED DE SERVICIOS
- ACTUALIZACIÓN BASE DE DATOS
- RESUMEN DE NOVEDADES
- REGISTRO Y LIQUIDACIÓN BIMESTRAL DE NOVEDADES
- LIQUIDACIÓN FINAL DE NOVEDADES
- CONTROL FLUJO DE RECURSOS DE LA VIGENCIA.
- ACTA DE LIQUIDACIÓN FINAL.
- EVALUACIÓN FINAL DEL INTERVENTOR

3.1.1 GESTION DE NOVEDADES.

Finalidad:

Recibir, validar e incorporar en la BDUA las novedades presentadas por las EPS-S, Dirección Departamental de Salud, Ministerio de la Protección Social, dependencias del

municipio y cualquier otra fuente institucional que permita mantener actualizada la información de los afiliados al Régimen Subsidiado en el municipio.

Dependencias y cargos que intervienen

Entidad prestadora de servicios del régimen subsidiado (EPS-S).

Dirección Territorial de Salud o entidad que haga sus veces.

Interventor

Base documental y de soporte

- Informe de novedades presentado por las EPS-S
- Formatos únicos de novedades diligenciados
- Reportes de la Dirección Departamental de Salud
- Reporte del Ministerio de la Protección Social y del Administrador Fiduciario del FOSYGA
- Reportes del Ministerio de Hacienda
- Reportes de novedades de otras fuentes tales como: Registraduría Nacional y municipal, oficina de hacienda, notaria entre otros.
- Reporte de novedades de la oficina de planeación municipal o dependencia encargada de la administración del SISBEN
- Reporte de novedades a listados censales por entidades encargadas de focalizar a la población exceptuada del SISBEN
- Reportes entidades administradoras de regímenes de excepción
- Reportes del DANE
- Archivo maestro de Ingreso de nuevos afiliados a la BDUA
- Archivos de Novedades reportadas a las EPS-RS
- Archivos de Novedades reportadas a la Dirección Departamental de Salud

- Informe consolidado de novedades validadas y rechazadas por período y EPS-S proveniente del departamento o del Administrador Fiduciario de los recursos de FOSYGA

Elementos generadores de inconsistencias

La información presentada por las diferentes fuentes puede resultar inconsistente o contradictoria y los resultados de validación ser igualmente inconsistentes o poco confiables:

- No identificar oportunamente las novedades.
- Identificar situaciones de exclusiones de afiliados incorrectas.
- Excluir afiliados sin seguir el debido proceso, ocasionando reintegro del afiliado al Régimen Subsidiado mediante orden jurídica.
- La base de datos del régimen contributivo puede estar desactualizada, ocasionando identificación errónea de múltiples afiliaciones.
- Puede verse retrasada la liberación de cupos ante la exigencia del certificado de defunción para identificar los fallecimientos.
- Reporte extemporáneo de nacimientos.

Herramientas de autocontrol

Verificar que los informes de novedades de las EPS-RS se presenten debidamente diligenciados conforme a la Resolución 812 de 2007 y 5078 de 2006 y demás que la adicionen o modifiquen; y que los que soportes no presenten inconsistencias. Estos reportes se deben presentar bimestralmente de acuerdo con la circular N° 018 de 1998, los cinco primeros días del mes, diligenciando El INSTRUMENTO **CODIGO SSSRS-00202** REPORTE DE NOVEDADES.

PROCEDIMIENTO:

Recibir el informe de novedades enviado por las EPS- RS al encargado del aseguramiento: Las EPS-RS en medio magnético enviaran el archivo de ingresos y de novedades de actualización en la estructura establecida por la resolución 812 de 2007 y 5078 de 2006 con los respectivos soportes. A su vez el municipio los radica en el libro de control, verificando que las novedades estén discriminados en:

INGRESOS:

- Nacimientos.
- Afiliados carnetizados en el periodo
- Activados en el periodo.

EGRESOS:

- Fallecimientos
- Suspendidos en el periodo
- Perdida de calidad de afiliado
- Informar inconsistencias a EPS-S para corrección: para el caso en que las novedades reportadas por la EPS-S presenten inconsistencias el ente territorial elabora y remite oficio, donde informa las novedades inconsistentes para que la EPS.RS haga correcciones del caso.

RECIBIR Y VALIDAR CORRECCIONES: el encargado del aseguramiento recibe las correcciones presentadas por las EPS-S y se validan.

Recibir novedades de otras fuentes: el encargado del aseguramiento recibe y revisa las novedades que pueden venir de otras fuentes: Superintendencia Nacional de Salud, Dirección Departamental de Salud, Vedurías ciudadanas, IPS, otras dependencias municipales (SISBEN, Secretaria de Gobierno).

RECIBIR NOTIFICACIONES DE TRASLADOS TEMPORALES DE REGIMEN:

El encargado del aseguramiento recibe las notificaciones de afiliados al régimen subsidiado que temporalmente se trasladan al régimen contributivo (Art. 1 acuerdo 304 de 2005) y elabora resolución para respaldar la suspensión temporal al régimen subsidiado.

INSTRUMENTO CODIGO SSSRS- 00202 REPORTE DE NOVEDADES.

INSTRUMENTO CODIGO SSSRS-00500-1 HASTA SSSRS-00500-6 CONTROL DE NOVEDADES POR PERIODOS.

REALIZAR CRUCE DE INFORMACION: el ente territorial realiza cruce de información reportada por todas las fuentes, se actualiza la información de afiliación y en los casos

que aplique modificaciones en los pagos de UPC-RS por múltiple afiliaciones.
Instrumento liquidación bimestral de novedades.

CONSOLIDAR Y AVALAR NOVEDADES: se consolida y avala las novedades realizando las modificaciones de afiliación a la que haya lugar, se actualiza la base de datos de afiliados.

ELABORAR Y REMITIR INFORME: en ente territorial elabora el informe de novedades validadas el cual debe ser certificado por el interventor (viabilidad de pago) para la realización de los pagos. El informe es remitido con la base de datos actualizada si es el caso a la dirección departamental de salud y a las instituciones interesadas o que lo soliciten, de igual manera se archiva copia para su control y seguimiento posterior.

CERTIFICACION DE PAGOS: Verificar el pago de los bimestres realizados por tesorería, teniendo en cuenta la certificación del interventor, según valor de la factura presentada por EPS-S (ESTA SE DEBE VERIFICAR SI PRESENTA EL VALOR AVALADO POR EL INTERVENTOR, el valor del reporte de novedades, valor del bimestre contratado).
INSTRUMENTO CODIGO SSSRS- 00202 REPORTE DE NOVEDADES.

INSTRUMENTO CONTROL DE NOVEDADES POR PERIODO.

3.1.2 RED DE SERVICIOS

Finalidad:

Verificar y la contratación de la Red Prestadora de Servicios por parte de las EPS-RS, en cada uno de los niveles de atención, asegurando el cumplimiento de los porcentajes de UPC, establecidos por la LEY 1122-2007 para la red pública, la continuidad de la atención y del sistema de referencia y contrarreferencia

Dependencias y cargos que intervienen:

- Empresa de servicios del Régimen subsidiado
- Instituciones Prestadoras de Servicios públicas y privadas.
- Empresas Sociales del Estado
- Interventor Municipal de Régimen Subsidiado de Salud.
- Gerente y Directores de las IPS públicas y privadas.
- Gerentes de las EPS-RS.

Base Documental y soporte:

Contratos de prestación de servicios entre las EPS-RS y los prestadores en cada uno de los niveles de atención.

Pólizas de cumplimiento, responsabilidad civil, entre otras.

Protocolos de referencia y contrarreferencia.

Certificados de habilitación de los servicios contratados.

Póliza de reaseguro para enfermedades de alto costo.

Elementos generadores de inconsistencias.

Dificultades y demoras para acordar el porcentaje de UPC destinado para el primer nivel.

Escasa oferta de servicios en los municipios.

Demoras en la legalización de los contratos de administración, entre municipios y EPSS.

Retraso en la formulación de las matrices de programación.

Dificultades geográficas para garantizar el acceso a los servicios.

Herramientas de autocontrol.

Revisar los contratos celebrados entre las EPS-RS y los prestadores, verificando que se respete el porcentaje mínimo de 60% de UPC-S con la Red Pública según Ley 1122 de 2007 Art. De igual forma garantizar todos los niveles de atención a través del sistema de referencia y contrarreferencia.

INSTRUMENTO CODIGO SSSRS-00201.

3.1.3 ACTUALIZACIÓN BASE DE DATOS

Finalidad:

Mantener actualizada y depurada la base de datos única de los usuarios activos y potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en salud (BDUPB-RS)

Dependencias y cargos que intervienen

Dirección Territorial de Salud (director territorial de salud, jefe de aseguramiento y auxiliar de sistemas)

Las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.

Interventor de Régimen Subsidiado.

Secretaria de Salud Departamental.

Base documental y de soporte

- Oficios de solicitudes de reportes de novedades a las entidades responsables.
- Oficios remisorios de las novedades mensuales.
- Actas de reuniones en las que se traten asuntos relacionados con la base de datos y su actualización.
- Formatos de solicitud de actualización de datos.
- Oficios de solicitud de actualización de datos del SISBEN.
- Reportes de novedades de la oficina del SISBEN.
- Reportes de novedades de las entidades responsables de identificar los potenciales beneficiarios con criterios distintos al SISBEN.
- Reportes de novedades de las ARS.
- Base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en salud (BDUPB-RS)

Elementos generadores de inconsistencias.

Las instituciones responsables de reportar mensualmente las novedades de los potenciales beneficiarios identificados con criterios distintos al SISBEN pueden no reportarlas o hacerlo de manera irregular o extemporánea.

- La oficina de administración del SISBEN puede no reportar las novedades o hacerlo de manera irregular o extemporánea.

- Las EPS-S pueden no reportar las novedades o hacerlo de manera irregular o extemporánea.

- La Dirección Territorial de Salud no cuenta con personal suficiente para atender las solicitudes de actualización de datos que realizan los potenciales beneficiarios o las organizaciones comunitarias.

- La Dirección Territorial de Salud no cuenta con recurso humano para realizar las visitas de verificación de inconsistencias o corroborar solicitudes de actualización de datos.

- Fluctuaciones de voltaje o interrupciones del fluido eléctrico que pudieran dañar las bases de datos.

- Las diversas situaciones que impiden a las Registradurías realizar sus actividades y poder solucionar oportunamente los problemas de identificación.

Herramientas de autocontrol

- Realizar reuniones rutinarias con organismos encargados de reportar novedades de potenciales beneficiarios con criterios SISBEN y no SISBEN y establecer los procedimientos para el envío y recepción de las mismas.

- Documentar los procedimientos anteriores y llevarlos a cabo rutinariamente.

- Definir las dependencias encargadas del mantenimiento y custodia de los soportes.

- Archivar los oficios enviados y recibidos de reportes de novedades de potenciales beneficiarios.

- Realizar copias de seguridad diariamente de la base de datos una vez actualizada con las novedades.
- Contar con UPS y dispositivos de almacenamiento de datos como discos compactos regrabables, memoria USB, cintas con copias de seguridad o similares, para garantizar la seguridad del equipo que contiene la base de datos y la integridad de los datos mismos.
- Definir claves de acceso al computador que contiene la base de datos del Régimen Subsidiado de Salud. INSTRUMENTO **CODIGO SSSRS-00203**.

3.1.4 FLUJO DE RECURSOS

Finalidad

Garantizar y agilizar el giro oportuno de los recursos, entre los diferentes actores, del sistema, la nación, el departamento, los municipios, las EPS-RS, e IPS.

Dependencias y cargos que intervienen.

- Alcaldía
- Concejo Municipal
- Dirección Territorial de Salud o entidad que haga sus veces.
- Tesorería municipal
- Empresa Prestadora de servicios del Régimen Subsidiado
- FOSYGA
- SGP
- Departamento.

Base documental y de soporte

- Bases de datos del SISBEN
- Base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado – BDUPB-
- Base de datos de afiliados, BDUA.

- Listados censales para la Identificación de poblaciones especiales.
- Documento CONPES que asigna los recursos del sistema general de participaciones a los municipios para cada vigencia anual.
- Resoluciones del MPS con la distribución de recursos el FOSYGA.
- Resoluciones o actos administrativos expedidos por la Comisión de Regulación en Salud (CRES).
- Acuerdos de ETESA asignando recursos de los nuevos juegos.
- Convenios con las Cajas de Compensación Familiar que asignan recursos a la población subsidiada.
- Presupuesto departamental asignando recursos de las rentas cedidas al municipio.
- Convenios con gremios con asignación específica de recursos.
- Acuerdo municipal que crea el Fondo Local de Salud (FLS), y cumplimiento de los requisitos de la resolución 3042 de 2007.
- Número, fecha y copia de los acuerdos municipales que crearon o modificaron el Fondo Local de Salud.
- Número del capítulo del FLS en el presupuesto municipal y copia del presupuesto vigente.
- Acto de apertura de las cuentas maestras abiertas para el manejo del FLS y su correspondiente registro.
- Cuenta maestra municipal y cuentas autorizadas de las EPS-RS (EPS del Régimen Subsidiado) e IPS beneficiarias de los giros, en caso de giro directo.
- Actos de inscripción y registro de las cuentas ante el Ministerio de la Protección Social (FOSYGA), Etesa, departamento, Cajas de Compensación Familiar, Tesorería General de la Nación y contraloría local, departamental y/o nacional

Elementos generadores de inconsistencias.

- Las bases de datos SISBEN y afiliados pueden tener errores de inclusión (incluir personas que no necesitan subsidio) y exclusión (dejar por fuera personas que cumplen con las condiciones para recibir el subsidio).

- Las bases de datos SISBEN y afiliados pueden contener errores de depuración (duplicados, multiafiliaciones etc), lo que implica planear objetivos con información errónea.
- La aplicación del nuevo SISBEN puede excluir muchos afiliados antiguos rompiendo la continuidad.
- Las estadísticas poblacionales pueden estar desactualizadas, mostrando mayor o menor población reduciendo así los recursos provenientes de SGP.
- Se puede estar sobrestimando la disponibilidad de las fuentes financieras que no han certificado recursos.
- Se puede estar perdiendo cofinanciación por falta de esfuerzo local.
 - El incumplimiento de los requisitos para la existencia del FLS (acuerdo de creación, capítulo presupuestal separado y cuentas maestras certificadas) puede ocasionar: retraso en el giro de las fuentes por parte de otros niveles territoriales, posibles desviaciones de recursos y errores en la ejecución de los mismos, embargo de recursos, retenciones indebidas, gravámenes tributarios y debilidades de control interno.
- La tesorería municipal puede no estar haciendo unidad de caja al interior del FLS-Régimen Subsidiado para el pago de los contratos y esperando la recepción de los recursos de todas las fuentes para desembolsar pagos, realizando así retención indebida de recursos.

No se tienen en cuenta criterios de seguridad y solvencia para la elección de las entidades

Herramientas de autocontrol

- Corregir errores de inclusión y exclusión, mediante mecanismos de control social.
- Verificar que las bases de datos del SISBEN y de los afiliados se han depurado. Eliminar duplicidades conforme al proceso de Identificación Selección y Priorización. Validar la base de datos de afiliados ante el FOSYGA.
- Aplicación adecuada del SISBEN.
- Verificar la veracidad y coherencia de las estadísticas poblacionales.

- Verificar que se tenga comunicación oficial sobre los recursos esperables para el año que se planifica.
- Verificar que las series históricas de comportamiento de las fuentes hayan sido suministradas por autoridad competente.
- Verificar la existencia de las siguientes condiciones para el Fondo Local de Salud: Acuerdo de creación actualizado con la descripción de las fuentes de financiación vigentes, capítulo presupuestal separado en la ejecución presupuestal de ingresos y gastos del municipio discriminando la fuente de financiación; cuentas bancarias (maestras) para las subcuentas de: 1. Régimen Subsidiado. 2. Subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda. 3. Subcuenta de salud pública colectiva. 4. Subcuenta de otros gastos en salud.
- El control fiscal de los Fondos de Salud de las entidades territoriales, se hace de acuerdo con lo establecido en el artículo 89 de la Ley 715 de 2001 y demás normas concordantes, para lo cual el ordenador y el administrador del Fondo de Salud, deberán suministrar oportunamente la información que soliciten los organismos de control. Resolución 3042, artículo 30.
- Verificar la incorporación de todos los recursos del régimen subsidiado en el presupuesto municipal.
- Verificar que los contratos del Régimen Subsidiado se paguen bajo el principio de la unidad de caja en forma independiente del tipo de recurso que fue recaudado.

Establecer los mecanismos de vigilancia y control social sobre el proceso de flujo financiero, y en particular las normas de control interno para proteger y ejecutar los recursos del régimen subsidiado de salud.

INSTRUMENTO CODIGO SSSRS-00400. LIQUIDACION FINAL DE NOVEDADES

INSTRUMENTO CODIGO SSSRS-00600. FLUJO DE RECURSOS POR FUENTES.

3.1.5 EVALUACION DE LA GESTIÓN DE INTERVENTORIA.

Finalidad

Verificar el cumplimiento de los procesos de interventoría y liquidación de los contratos de gestión del Régimen Subsidiado de Salud, en los municipios de su jurisdicción.

Dependencias y cargos que intervienen

- Área de aseguramiento secretaria de salud Departamental.
- Secretaria local de salud.
- Interventor del régimen subsidiado.
- Área de gestión de la información de la Secretaria de Salud Departamental.
- Unidad de inspección, vigilancia y control Departamental.

Base documental y de soporte

- Contratos de gestión del Régimen Subsidiado de Salud
- CDP y registros presupuestales de contratos
- Certificados de afiliación efectiva
- Bases de datos de contratos

Elementos generadores de inconsistencias

- Que los recursos para la contratación no hayan sido adecuadamente adicionados en el presupuesto del municipio conlleva a celebración indebida de contratos.
- No identificar oportunamente las novedades.
- Situaciones de exclusiones de afiliados sin seguir el debido proceso.
- La base de datos del Régimen Contributivo puede estar desactualizada, con lo cual se pueden estar identificando múltiples afiliaciones que no son ciertas.

- Que los reemplazos e inclusiones no se realicen siguiendo los parámetros de priorización establecidos o en circunstancias diferentes a las contempladas en la norma
- La información presentada por las EPS RS puede ser inconsistente o carecer de veracidad.
- El nombramiento del interventor puede responder a intereses particulares.
- No realizar seguimiento a los procesos sancionatorios si este es el caso.
- No tener claridad en las competencias y excederse en las mismas.
- Inconsistencias en los informes de interventoría.
- Inconsistencias en la información financiera que posee la Unidad Financiera del municipio y la que posee la Dirección Territorial de Salud (o la entidad haga sus veces) con respecto a la ejecución de los contratos con las EPS- RS.
- No realizar las liquidaciones dentro de los tiempos establecidos por la normatividad vigente.
- No hacer efectivo el pago de los valores resultado de la liquidación tanto a favor como en contra del ente territorial frente a la EPS RS.

Herramientas de autocontrol

- Instrumentos de evaluación de la responsabilidades del interventor
- Revisión de las presentación periódica de informes
- Verificación del cumplimiento de los requisitos de habilitación para realizar la interventoría. **INSTRUMENTOS CODIGO SSSRS-00101-1 HASTA SSSRS-00101-10.**

3.1.6 LIQUIDACIÓN FINAL DE CONTRATOS

Finalidad

Verificar la ejecución, y liquidación de los contratos de gestión del Régimen Subsidiado de Salud, en los municipios de su jurisdicción.

Dependencias y cargos que intervienen

- Área de aseguramiento del municipio y el Departamento.
- Área de gestión de la información
- Área administrativa de la EPS-S.
- Interventoría del Régimen Subsidiado.

Base documental y de soporte

- Contratos legalizados
- Facturas enviadas por la EPS-S al municipio.
- Soportes de los pagos efectuados por el ente territorial a las EPS –S.
- Base de datos enviadas de las EPS-S a las IPS.
- Documentos de interventoría.

Elementos generadores de inconsistencias

- Inconsistencias en la base de datos de afiliados no identificadas en el proceso de afiliación.
- Falta de oportunidad en la suscripción y perfeccionamiento de los contratos.
- El ajuste de la información puede genera inconformismo entre la población o instituciones que puedan ver afectados sus intereses, especialmente cuando las novedades afectan el pago a las EPS -S o excluyen del subsidio a personas inicialmente afiliadas.

- La exigencia de certificado de defunción para identificar los fallecimientos puede impedir la liberación de cupos.
- Que no se cuente con los recursos necesarios para garantizar la continuidad de los cupos que han asignado por inclusión o reemplazo especialmente cuando se trata de recién nacidos.
- Disponer de cupos de personas que temporalmente han sido trasladada al Régimen Contributivo
- Se pueden presentar situaciones de selección adversa por una incorrecta aplicación de los criterios de priorización en la asignación de los cupos liberados.
 - El no pago dentro de los plazos establecidos a las EPS-S genera para el municipio el pago de interés de mora de acuerdo con lo contemplado en la norma.
 - Se puede presentar morosidad en el pago por parte del municipio debido al incumplimiento de la EPS-S en cualquiera de sus obligaciones contractuales legalmente definidas.
- No contar con la información suficiente o veraz para sustentar la liquidación.
- No discriminar las actas de liquidación por fuentes, pagos realizados y excedentes para cada una de ellas si es el caso.

Herramientas de autocontrol

- Brindar asesoría y asistencia técnica sobre cómo organizar un proceso de contratación del régimen subsidiado.
- Ofrecer capacitación en la elaboración del proceso de seguimiento a la interventoría de contratos del régimen Subsidiado en salud.
- Realizar un control preventivo durante el proceso de contratación con el acompañamiento de funcionarios de la Dirección Seccional de Salud, Personería municipal, veedurías comunitarias y alianzas de usuarios.

- Realizar en forma oportuna, la liquidación final de los contratos, teniendo en cuenta los plazos establecidos legalmente, y la información debidamente certificada y avalada por el ente territorial.

Para realizar la liquidación final de los contratos, éste modelo ofrece un grupo de herramientas, debidamente codificadas, que le permiten al municipio y a la EPS-s contar con información precisa y confiable con el fin de llegar a un acuerdo en forma rápida y práctica, de igual forma le garantiza a la Secretaria de Salud Departamental un mayor y eficaz control sobre éstos procesos, y a su vez sobre el manejo de los recursos.

A continuación se relacionan los instrumentos diseñados para realizar éste proceso, como elemento fundamental del Modelo propuesto:

Instrumento Código **SSRS-00300-1 hasta SSSRS-00300-5**

Instrumento Código **SSRS-00301-1 hasta SSSRS-00301-4**

Instrumento Código **SSRS-00302-1 hasta SSSRS-00302-4**

Instrumento Código **SSRS-00303-1 hasta SSSRS-00303-4**

Instrumento Código **SSRS-00304-1 hasta SSSRS-00304-4**

Instrumento Código **SSRS-00305-1 hasta SSSRS-00305-4**

Instrumento Código **SSRS-00400**

CONSOLIDADO LIQUIDACIÓN FINAL DE NOVEDADES.

Instrumento Código **SSRS-00500-1 HASTA SSSRS-00500-6**

CONTROL DE NOVEDADES Y GLOSAS.

Instrumento Código **SSRS-00600. FLUJO DE RECURSOS POR FUENTES.**

Instrumento Código **SSRS-00700 ACTA DE LIQUIDACIÓN FINAL.**

4. RESULTADOS Y PROPUESTA

- Se logró el análisis de la operativización del régimen subsidiado a nivel de Santander encontrándose que hay fallas en la unificación de procesos a nivel de los municipios, por una ineficiente interventoría de contratos.
- Se implementó una herramienta que nos permitió hacer seguimiento al cumplimiento de la obligación contractual por parte de las EPS-S de acuerdo con la normatividad vigente.
- Se diseñó un instrumento que permitió vigilar la gestión del interventor frente al cumplimiento de la obligación contractual de las partes del contrato.
- El instrumento que unificó el aval de novedades por parte del interventor permite una mejor gestión sobre este proceso y agiliza su liquidación bimensual.
- El modelo planteado permite el seguimiento a la ejecución bimestral del contrato.
- El formato denominado Herramienta liquidadora nos permite obtener en forma práctica una liquidación automática de cada contrato, con agilidad, certeza de la información y confiabilidad.
- Se propone que este Modelo sea socializado por parte de la secretaria departamental en cada uno de los municipios del departamento de Santander.
- La implementación de este Modelo le permite a los entes territoriales controlar de una forma eficiente a las firmas de interventoría, que de acuerdo con La Resolución 660 de 2008 entraron como nuevos actores en El Sistema General de Seguridad Social en Salud.

VER ANEXOS. (ARCHIVOS EXCEL)

5. DISCUSION

El Régimen subsidiado, constituye el aseguramiento del riesgo en salud de la población más pobre y vulnerable en nuestro país, con lo cual se garantiza la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la asistencia para recuperación de los daños en caso de siniestros. A finales de la vigencia fiscal 2006, el 55,64% de la población que se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud pertenecía al Régimen Subsidiado; informe del Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud a la notable Cámara de Representantes. La cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud para el Régimen Subsidiado frente al total de población llego al 73% en el año 2006, presentando un aumento de 1.642.841 personas. ¹

El aumento significativo de la afiliación a este régimen, demuestra que Colombia es un país de población pobre en su mayor extensión, mostrando grandes logros a partir del año 2002 en el cual la afiliación al Régimen Contributivo representaba mayor aumento en las coberturas de afiliación sobre el subsidiado, dejando de ser así, a partir del año 2004, donde la cobertura empezó a ser mayor en el régimen subsidiado²; demostrando que el Estado Colombiano se encuentra comprometido con las competencias que por Constitución Nacional le corresponde asumir, buscando cumplir la meta fijada por la ley 1122 de 2007 en su artículo 9, la cual es alcanzar la cobertura universal de aseguramiento en el mes de Enero de 2010, para los niveles I, II Y III del SISBEN.

Por todos los esfuerzos del Estado Colombiano, a pesar de las bondades de la ley 100 de 1993, por medio de la cual se creó el Sistema Nacional de Seguridad Social, para garantizar la dinámica y efectividad del Subsistema de Salud, se han introducido profundas reformas al mismo, siendo la mas reciente y significativa la consagrada el

¹ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Informe de Actividades 2006-2007 al Congreso de Le República, Bogotá,2007,p21

² MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Informe de Actividades a la Notable Cámara de Representantes, Bogotá, CNSSS, 2006,p10

la ley 1122 del 7 de enero de 2007, que reafirmó la necesidad de imprimirle a la gestión del Subsistema de Salud un eficaz Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en todos sus componentes, con el cual se busca estandarizar procesos a nivel nacional que permitan un mejor desempeño de los actores, que garanticen resultados eficaces en la seguridad de los usuarios.

Por lo anterior, se ha quedado en evidencia, que los entes territoriales Departamentales como responsables de la inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deban implementar procesos, tendientes a garantizar la celeridad y eficacia en las actuaciones del Régimen Subsidiado, de manera tal que se cumplan los parámetros del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad ante el Ministerio de la Protección Social en aras de mantener la adecuada calificación en la gestión, que asegure los recursos y la administración a los Entes Territoriales del orden municipal.

A la vez se deben diseñar y llevar a cabo estrategias de apoyo, seguimiento y evaluación que permitan la retroalimentación a los dirigentes sobre las dificultades y logros que se presenten en su desarrollo. Se hicieron innumerables recomendaciones orientadas a la revisión de la extensa normatividad y se llevó a cabo una la consolidación de un modelo único. De igual manera se enfatizó en la necesidad de fortalecer el sistema de inspección, vigilancia y control, que es realizado a través de la interventoría como proceso permanente dirigido a fortalecer la operación del Régimen Subsidiado y verificar el cumplimiento de las obligaciones del contrato de aseguramiento para garantizar el acceso de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

Pensando en la necesidad de la unificación de estos procesos a nivel departamental y en una mejor gestión del régimen subsidiado, y cuyos beneficiados van a ser sus

afiliados, se diseñaron instrumentos con base en los conocimientos, inquietudes, experiencias y recomendaciones que aportaron los servidores públicos y profesionales que participaron en el trabajo, en calidad de directores, coordinadores, e interventores; para así tener un control a nivel departamental y municipal de la operativización del régimen subsidiado en cada uno de los municipios con el fin de facilitar y garantizar su eficiente implementación y desarrollo en todo el departamento.

En general, hay consenso en señalar que un cambio tan innovador, requiere que los formuladores de políticas, diseñen procesos de asistencia técnica con estrategias para el acompañamiento a los ejecutores en su implementación.

El modelo, aquí presentado e implementado por parte de la Secretaría de Salud Departamental y los municipios, es una herramienta que puede ser replicada en todo el departamento, con el fin de avanzar hacia una gestión eficiente y transparente del régimen subsidiado, en procura de un mejor desarrollo de los servicios de salud de la población en condiciones de pobreza y vulnerabilidad del país.

Recientemente, el Decreto 1020 del 30 de marzo de 2007 y la Resolución 660 del 25 de febrero de 2008, ratifican las exigencias para la eficiencia en la Interventoría del Régimen Subsidiado, entre otras normas que ameritaron ser analizadas en el marco de la presente propuesta, particularizando estrategias, para lograr el cumplimiento de las obligaciones de las EPS-S, Las IPS y del Ente Territorial.

En este contexto y con el objeto de fortalecer los procesos de contratación e interventoría del Régimen Subsidiado se desarrolló de un Instrumento para el mejoramiento de la gestión local y departamental.

La propuesta de formular un modelo único de Inspección, vigilancia y control, en la interventoría del Régimen Subsidiado en Salud a nivel territorial, generó un compromiso riguroso de todos los actores del sistema, en cada uno de los niveles de

intervención , dentro del marco legal vigente, logrando unificar criterios, estandarizar procesos, y generando una herramienta que agiliza la evaluación y el cumplimiento de las actividades, permitiendo un mejor funcionamiento del sistema.

Nuestro Modelo en el Departamento de Santander contempla y valora la infraestructura necesaria para el desempeño de la interventoría del Régimen Subsidiado, la ubicación bajo los estándares establecidos y los costos estimados para su ejecución.

El proceso está sujeto a las condiciones contempladas en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, y a las modificaciones, reglamentaciones y adiciones que rigen actualmente, para asegurar una adecuada calidad de la gestión.

Así mismo, resalta y enriquece el papel y la imagen de la Secretaria de Salud Departamental como organismo rector y garante de la salud en su jurisdicción. En forma adicional, la asistencia técnica departamental debe aportar las herramientas que conduzcan a la implantación, el fortalecimiento y la consolidación de los procesos de gestión municipal del régimen subsidiado.⁴

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La implementación de nuestro modelo en los municipios les permite agilizar el proceso gestión de La Interventoría del Régimen Subsidiado.
- Mediante la experiencia del uso de las Herramientas presentadas, en la Interventoría del Régimen Subsidiado en el municipio de Hacarí (Norte de Santander), se logró comprobar que estos instrumentos son aplicables y de gran ayuda para una buena gestión.
- La utilización de nuestro modelo permite un control de los procesos de régimen subsidiado en forma eficiente y oportuna.

- Con el desarrollo de nuestro trabajo, recomendamos el diseño y la implementación, de un programa de capacitación continua, para el recurso humano que opera el Régimen Subsidiado, con el fin de actualizar en forma oportuna y organizada a los funcionarios y que permita socializar en forma practica la implementación de nuevas normas.
- Recomendamos continuar con la aplicación de herramientas informáticas, en los diferentes procesos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Por último, consideramos que los entes territoriales del orden departamental, deben desarrollar una página web, con la información en línea sobre cada una de las normas actualizadas, que entran a regular el ejercicio y funcionamiento del Régimen Subsidiado, tanto en el nivel nacional, como en el orden local.

7. BIBLIOGRAFIA.

1. COLOMBIA, Constitución Política de 1991, Ediciones Enfasar, *Santa Fe de Bogotá.*
2. Congreso de la República de Colombia. Bogotá D.C. Ley 10 de 1990.*Por la cual se reorganiza El Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.*
3. Congreso de la República de Colombia. Bogotá D.C. Ley 100 de 1993.*Por la cual se crea El Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.*
4. Congreso de la República de Colombia. Bogotá D.C. Ley 715 de 2001.*Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 001 de 2001) de Constitución Política y se dictan otras disposiciones para la prestación de servicios de salud y educación entre otros.*
5. Manual de procedimientos de interventoría y supervisión de contratos

6. Bogotá, D.C. 2006, *Link CAJA DE HERRAMIENTAS*, pag.web: www.minproteccion.gov.co
7. Congreso de la República de Colombia. Bogotá D.C. Ley 1122 de 2007. *Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*
8. Hernández Santieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos, Baptista Lucio, Pilar, *Metodología de La Investigación, Segunda Edición*, México, McGraw Hill, 1998.
9. Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Decreto 1011 de 2006. *Por el cual se establece El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*
10. Day, Robert A, *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*, Segunda Edición, Washington, D.C: OPS 1996. p234.
11. Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Decreto 050 de 2003. *Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*
12. Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Decreto 3039 de 2007. *Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*
13. EL PULSO. Periódico para el sector salud. Arroyave Zuloaga Iván Darío. *La Administración del Régimen Subsidiado: Un laberinto desquiciante. Medellín Colombia. Año 7 N° 90.*
14. Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Decreto 4747 de 2007. *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de la población a su cargo y dictan otras disposiciones.*

15. Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C Decreto 1020 de 2007. *Por medio del cual se reglamenta la ejecución y giro de algunos recursos del régimen subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud a la población cubierta con subsidios a la demanda.*
16. Peñaloza Enrique, Eslava Julia, Muñoz Mariana. Propuesta de ajuste a la política del régimen subsidiado en Colombia. *Editorial Universidad Javeriana 2002.*
17. Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C Decreto 0066 de 2008. *Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 1150 de 2007 sobre las modalidades de selección, publicidad y selección objetiva, y se dictan otras disposiciones.*
18. Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Resolución 1043 de 2006. *Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención y se dictan otras disposiciones.*
19. Periódico para el sector salud. EL PULSO. Restrepo Zea Jairo Humberto. Cobertura no es solo aseguramiento: falta garantía de acceso a servicios y esfuerzos en salud pública. *Medellín Colombia. Año 7 N° 90.*
20. Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Resolución 812 de 2007. *Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud.*
21. Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Resolución 425 de 2007. *Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales*
22. Manuales de Interventoría de las Empresas Estatales.

23. Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Resolución 123 de 2008. *Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones números 0812 y 3221 de 2007.*
24. Ministerio de Protección Social, Bogotá D.C. Resolución 660 de 2008. *Por la cual se reglamenta la prestación de los servicios de interventoría del Régimen Subsidiado, se determinan las condiciones de habilitación para las entidades interventoras, se señalan los parámetros generales para la realización del Concurso de Méritos, y se dictan otras disposiciones.*
25. Ministerio de Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma *Régimen Subsidiado, Estatuto general de contratación.*
26. Peñaloza Enrique, Eslava Julia, Muñoz Mariana. Evaluación y Resultados de Régimen subsidiado en Colombia. 1993-2000. *Universidad Javeriana 2001.*
27. Ministerio de Protección Social, *Manual Indicativo de Procesos para la Gestión Municipal del Régimen Subsidiado de Salud*, Bogotá, D.C. 2006 pág. Web: www.minproteccion.gov.co.
28. Ministerio de Protección Social, *Manual Indicativo de Procesos para la Gestión Departamental del Régimen Subsidiado de Salud*, Bogotá, D.C. 2006 pág. Web: www.minproteccion.gov.co

