



**CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO LEGISLATIVO**  
Oficina de Asistencia Técnica Legislativa

<b>ASUNTO:</b>	<i>Estudio de Antecedentes</i>
<b>TEMA:</b>	<i>Evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema General de Riesgos Profesionales durante los últimos 10 años.</i>
<b>SOLICITANTE:</b>	<i>Comisión Séptima de la Cámara de Representantes</i>
<b>PASANTES A CARGO:</b>	<i>Ana Rita Aguilar Cambindo Santiago Montejo Villalobos Luis Ernesto Cañas Cortes</i>
<b>BAJO LA MENTORIA DE :</b>	<i>Dr. Iván Jaramillo Pérez</i>
<b>FECHA DE SOLICITUD:</b>	<i>29 de octubre de 2003</i>
<b>FECHA DE ASIGNACION:</b>	<i>15 de diciembre de 2003</i>
<b>FECHA DE CONCLUSIÓN:</b>	<i>23 de junio de 2004</i>

**BREVE DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD:**

El Presidente de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes H. Representante Pedro Jiménez Salazar, solicitó a la Oficina de Asistencia Técnica Legislativa- OATL-, un estudio sobre el análisis y los cambios que se han efectuado en los últimos 10 años en materia de salud en los regimenes contributivos, subsidiados y riesgos profesionales, sus efectos en materia de cobertura, calidad de los servicios y nivel de las prestaciones otorgadas a los beneficiarios.

**RESUMEN EJECUTIVO**

**REGIMEN CONTRIBUTIVO**

**I. Introducción y antecedentes del régimen**

Según lo define el artículo 48 de la Constitución Política de 1991: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”.

El sistema de salud que operaba en Colombia antes de 1993 era calificado de inequitativo e ineficaz tanto en términos de aseguramiento, como en términos de acceso a los servicios, financiación y asignación de los recursos. En consecuencia, uno de los principales argumentos en los que se sustentó la necesidad de reformar el sistema de salud, fue el de buscar un sistema más equitativo, tanto en el financiamiento como en la prestación de los servicios de salud, por esto se introdujeron el mercado y la competencia, la Constitución Política autorizó la desmonopolización de la Seguridad Social. En este sentido, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la Ley 100 de 1993.

Dentro la reingeniería institucional que se llevó a cabo, se creó el régimen contributivo, dirigido a la población con capacidad de pago, el cual es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado, cuando se es trabajador independiente o en concurrencia entre este y su empleador, cuando es asalariado.<sup>1</sup>

## **II. Características generales**

Todo trabajador colombiano y su familia están obligados a afiliarse a una EPS de su elección, a declarar sus ingresos laborales y a aportar al sistema el 12% sobre ellos, bien sea en conjunto con su patrón, quien debe aportar dos terceras partes, o totalmente cuando se trata de un trabajador independiente. Para el trabajador dependiente su aporte mínimo se hará sobre el monto de unos ingresos equivalentes a un salario mínimo legal vigente y para el independiente sobre 1.5 salarios mínimos. Las EPS recibirán una UPC o prima ajustada por riesgo por cada afiliado destinada a financiar la prestación de servicios.

Estos recursos, los cuales se configuran como una contribución sobre la nómina que administra el FOSYGA constituyen la fuente financiera para sufragar los costos del Plan Obligatorio de Salud –POS- que cubre al cotizante y a su grupo familiar, así como para atender los pagos de incapacidades y licencias de maternidad y los programa de promoción y prevención sobre la misma población. Además ayuda a financiar la afiliación de población pobre al régimen subsidiado, cuando sus ingresos son iguales o superiores a 4 S.M.L.M.V.

Con la ley 100 de 1993 se aumenta la cotización del 7% al 12% para poder cubrir de esta forma a la familia de los trabajadores y pensionados de los sectores público y privado en todo el país, al tiempo que se convierte en obligatoria la afiliación de trabajadores independientes con capacidad de pago y sus familiares, que no lo eran hasta 1993.

La afiliación al sistema es obligatoria y persigue en esencia dos objetivos: lograr que todos los colombianos estén cubiertos con un seguro de salud y garantizar su financiación mediante el pago de la cotización aplicada a los ingresos de los trabajadores.

Pasando al tema de la cotización la Ley 100 de 1993 establece un máximo del 12% del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Si son trabajadores dependientes el patrono cotiza el 66% de ese valor y el trabajador el 33% restante. Si son trabajadores independientes asumen sólo su cotización. En este último caso, el salario base de cotización no puede ser inferior a 1.5 salarios mínimos legales vigentes. Un punto de la

---

<sup>1</sup> Artículos 202, 203 y 204 de la ley 100 de 1993.

cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

En cuanto al financiamiento del sistema, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social manejada por encargo fiduciario (actualmente el encargado de esta labor es el Consorcio FISCALUD), sin personería jurídica ni planta de personal propia. Este ente es el encargado de la administración de los recursos del Sistema, y encarna la responsabilidad del Estado en su financiación y organización, quien además delega en las EPS el recaudo y manejo de los recursos, lo que por ley, son propiedad del Sistema. Finalmente el Fosyga está constituido por cuatro subcuentas: de compensación, de solidaridad, de promoción de la salud, y de eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

La Unidad de Pago por Capitación -UPC-, es una variable económica compleja que condiciona tanto la atención de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como a cada uno de sus agentes y es uno de los pilares sobre los que se mueve todo el Sistema. De su valor depende el equilibrio mismo de todo el sistema de salud -planes de beneficios y Fosyga- y el de todos quienes participan de manera directa. Esta Unidad de Pago por Capitación corresponde al valor anual que reconoce el FOSYGA a la EPS por cada uno de los afiliados al SGSSS. Es decir, es el monto anual que se emplea en servicios médicos por cada persona de la población afiliada, ajustado según sexo, edad y ubicación geográfica que se determina para un paquete de beneficios, en este caso el POS.

En este esquema, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son el centro financiero: recaudan la cotización, descuentan la capitación correspondiente a cada uno de sus afiliados y administran el plan de salud para éstos mediante la prestación directa o la contratación de servicios con otros agentes. Las EPS actúan entonces en el marco de un contrato público implícito, son delegadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga-, y hacen parte de un mercado altamente regulado en donde el producto (POS), el precio (UPC) y ciertas pautas para la entrada y operación en el sistema están determinados por las normas.

Es vital reconocer la importancia del mecanismo de “compensación” dentro del régimen contributivo, ya que este permite que 6.5 millones de los afiliados que están autofinanciados por sus cotizaciones, compensen a través de “un subsidio cruzado” a los 6.6 millones de afiliados que por estar dentro de EPS’s con una densidad salarial baja y una densidad familiar alta son consideradas como deficitarias y no alcanzan a cubrir la financiación del POS.

A partir de la reforma se creó la figura de las Instituciones Prestadoras del Servicio IPS, las cuales se encargan de la prestación de los servicios de salud a los afiliados del sistema general de seguridad social en salud, ya sea dentro de una EPS o fuera de ella. Las IPS deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y no podrán discriminar en su atención a los usuarios.

En 1993, la arquitectura de la reforma incluyó la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado (ESE’s), figura jurídica que designa una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Así, el hospital se vincula con el poder territorial departamental y municipal, se reduce el poder nacional sobre el hospital público y se generan nuevas tensiones entre esos tres niveles que repercuten en él.

Para garantizar el acceso al POS de sus afiliados, las EPS pueden prestar directamente o contratar los servicios de salud con las IPS y los profesionales. Cada EPS debe ofrecer a sus afiliados varias alternativas de acceso a las IPS.

El plan de beneficios es el conjunto de actividades, procedimientos y suministros que el SGSSS brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar su salud. Dentro de este encontramos el Plan Obligatorio de Salud (POS) que está integrado por acciones individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la enfermedad general, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y la provisión de medicamentos esenciales, así como el reconocimiento de un subsidio económico por incapacidad temporal derivada de enfermedad general y maternidad.

Cada vez que se utilicen cierto tipo de servicios, en especial aquellos en los cuales influye la decisión del usuario para solicitarlos, el trabajador y sus familiares deberán cancelar una cuota moderadora que tiene como finalidad racionalizar el uso de los servicios de salud. Sus familiares realizan un pago adicional denominado copago al utilizar el resto de los servicios, que serán destinados a complementar su financiación. En ambos casos sus montos están definidos como un porcentaje aplicado sobre el valor del servicio, sujeto a unos toques máximos ordenados por la ley para evitar que se conviertan en un obstáculo para acceder al servicio.

### **III. Ordenamiento legal básico**

El funcionamiento legal del régimen contributivo está enmarcado en la Ley 100 de 1993, la cual determinó que los objetivos del SGSSS son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población al servicio en todos los niveles de atención. Las competencias y la organización para la prestación pública de los servicios de salud en los aspectos no cobijados en esta ley se rigen por disposiciones de la Ley 10 de 1990 y la Ley 715 de 2001.

En cuanto a los decretos se hará una breve descripción de acuerdo a la temática preponderante. En primer lugar y por importancia se encuentra el Decreto 806 de 1998 el cual establece las reglas generales sobre afiliación y cotización al Régimen de Seguridad Social en Salud, especifica los planes de beneficio, su prestación y financiación, adicionalmente reglamenta la cobertura familiar y la movilidad dentro del sistema. En este mismo tema encontramos el Decreto 1703 de 2002 mediante el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el SGSSS, también reglamenta las condiciones para la afiliación colectiva. Recientemente se expidió el Decreto 516 de 2004 el cual instituye normas adicionales para la afiliación colectiva a través de agremiaciones y establece un nuevo ingreso base de cotización para los trabajadores independientes.

Los Decretos 1283 de 1996 y 1281 de 2002 establecen las reglas generales para la actividad del Fosyga y reglamentan el funcionamiento de cada una de las cuatro subcuentas. Adicionalmente establecen parámetros para la eficiencia en el manejo de los recursos y para el uso y destino de los diferentes rendimientos financieros

### **IV. Datos estadísticos**

El sistema de salud que operaba en Colombia antes de 1993 era calificado de inequitativo tanto en términos de aseguramiento, como en términos de acceso a los servicios, financiamiento y asignación de los recursos. En efecto, de acuerdo a datos de la encuesta nacional de hogares adelantada en septiembre de 1992, cerca del 45% de la población colombiana urbana y el 80%

de la población rural no estaba protegida por ningún sistema de aseguramiento y dependía de los servicios prestados por las entidades públicas de salud o por el sistema “informal” y privado de salud.

En términos de financiamiento también existían grandes inequidades; por ejemplo, mientras que el gasto privado promedio en salud representaba, para el 20% más rico de la población 1.4% de sus ingresos, esta proporción era más de 5 veces superior entre el 20% más pobre de la población (7.5%). Ahora bien, la inequidad no sólo existía entre pobres y ricos sino también en términos geográficos. La inequidad en la distribución geográfica de los recursos de salud ha sido mencionada en estudios anteriores tanto para el período prerreforma como después de la reforma.<sup>2</sup>

Los cambios en los últimos años en los promedios e inequidades son especialmente marcados en la afiliación —hacia una mayor cobertura con mayor equidad— tanto entre zonas urbana y rural como dentro de cada zona. La afiliación total pasa de 29,1% en 1995 a 58,1% en el 2000. Durante este periodo la brecha entre el campo y la ciudad, en materia de afiliación, se cierra de manera significativa, pues los avances son mayores en la zona rural que en la urbana. Así, mientras en la zona urbana, la afiliación aumentó de 38,8% al 60,7% entre 1995 y el 2000; en la zona rural se pasó de 8,6% al 51,6%.<sup>3</sup>

Un estudio de Fedesarrollo y la Fundación Corona mostró que la no afiliación del sector informal urbano y rural podría estar ocasionando una pérdida de recursos que permitiría afiliar a cerca de 2,4 millones de pobres adicionales. Este mismo estudio identificó que por subdeclaración y no afiliación en el sector formal se estarían dejando de afiliar cerca de 800 mil pobres más.

Mientras el promedio de afiliación en el 2000 es de 61% en las zonas urbanas, solamente llega al 52% en las zonas rurales; allí las principales razones de no afiliación y también en los grupos urbanos pobres son factores económicos. Esto refleja que, aun después de la reforma, las condiciones socioeconómicas tienen un efecto sobre el acceso potencial (capacidad de uso) de los servicios de salud y, por lo tanto, en la salud de las personas.<sup>4</sup>

En el régimen contributivo, se rompió el monopolio del ISS con la incursión rápida de un poco más de 30 EPS, número que prácticamente se conserva. Entre estas entidades, hay tres de naturaleza privada que se destacan por aumentos notorios en su participación en el mercado Saludcoop, Coomeva y Susalud.

En Colombia operan hoy 38 entidades en el régimen contributivo: 26 EPS (sin Unimec) y 12 Entidades Adaptadas. La Supersalud autorizó a las EPS hasta mayo de 2003 para afiliar a 32'529.337 personas. Según el Informe, "comparando el potencial de afiliación con el promedio mensual de 13'165.463 afiliados compensados, las 26 Entidades Promotoras de Salud han utilizado apenas el 40% de la capacidad de aseguramiento". El problema radica en la atención de las personas que viven en zonas apartadas y con alta dispersión poblacional, lo que hace escasa la oferta de EPS en esos territorios, caso de los nuevos departamentos. Al año 2002, el 72.6% de los usuarios estaban en EPS privadas, mientras a las EPS públicas -como el Seguro Social (ISS)- sólo están afiliados 26.3%, cuando en el 2001 la relación era de 66.9% privadas a

---

<sup>2</sup> Documento 39. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud, ONU-CEPAL, mayo 2001.

<sup>3</sup> Documento 34. La equidad en el sector salud: una mirada de diez años. Estudio realizado por: Cede-universidad de los Andes centro de gestión hospitalaria.

<sup>4</sup> Documento 34. La equidad en el sector salud: una mirada de diez años. Estudio realizado por: Cede-universidad de los Andes centro de gestión hospitalaria

31.8% públicas. Sin embargo, la EPS con más afiliados continuaba siendo el ISS con 2'979.466 personas y le seguía Saludcoop con 2'268.517; Coomeva con 1'381.768; Susalud con 747.956; Salud Total 713.481, Famisanar 635.048 y Caprecom con 68.576 usuarios.<sup>5</sup>

Al analizar el comportamiento de las entidades respecto a la distribución del mercado, se percibe que el régimen contributivo presenta una relación directa entre las categorías de los municipios y la distribución de los afiliados a las EPS privadas, pues la tendencia de éstas es a concentrarse en las regiones de mayor desarrollo económico. Por su parte, las EPS públicas tienen una distribución más uniforme y, a diferencia de las primeras, hacen más presencia en los municipios de menor nivel económico. Este resultado es consistente con el hecho de que las EPS públicas poseen la mayor cobertura geográfica en el país, como es el caso del ISS, quien presta servicios en el 76.9% de los municipios.<sup>6</sup>

## V. Aspectos financieros

El equilibrio del SGSSS se basa fundamentalmente sobre el buen funcionamiento del componente financiero, es decir que el comportamiento de las diferentes subcuentas del Fosyga determinan no solo la viabilidad financiera de los diferentes actores del sistema, ya sean EPS o IPS, sino que también afecta variables como la cobertura, la promoción y prevención, y la solidaridad con el régimen subsidiado.

En el caso del régimen contributivo, la situación financiera se ha tornado preocupante en los últimos años y es así como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud reconoció que la vigencia del año 2001 ha sido “la más crítica en lo que ha transcurrido del nuevo sistema de salud” (CNSSS, 2002:19). Si bien a diciembre 31 de 2001 el déficit de la cuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- ascendió a \$ 167,000 millones, se advertía que aún faltaba ajustar la compensación del ISS y Cajanal, lo que podría incrementar esta cifra en otros \$ 51,000 millones. Este déficit se encuentra explicado, principalmente, por el aumento de la densidad familiar o el número de beneficiarios por cada cotizante, el cual pasó de 2.48 en 2000 a 2.51 en 2001. Además, aunque no se menciona en el Informe, es importante tener en cuenta que la crisis del empleo afecta los ingresos por la tendencia de la masa salarial a crecer por debajo de la inflación, así como a la inestabilidad del empleo, siendo más frecuentes las personas que cotizan períodos inferiores al año y con remuneraciones por debajo de la necesaria para mantener el equilibrio.

Es importante destacar que el déficit en el régimen contributivo se ha cubierto en los últimos tres años con los resultados positivos de los primeros años y aún se poseen recursos para sortear un poco más de déficit. Además, para amortiguar la situación de 2002, se aumentó la UPC en 4%, lo cual significa una reducción real de 2%, y se redujo la asignación de recursos para la cuenta de promoción y prevención del 0.5% al 0.16% del ingreso base de cotización. Estas dos medidas reportan un ahorro de cerca de \$ 180,000 millones.<sup>7</sup>

Con estas consideraciones sobre el equilibrio financiero del régimen contributivo, se nota que la crisis financiera aparece en el año 2000, cuando la Subcuenta de Compensación arroja un saldo negativo entre el superávit de recaudos y el pago por compensación entre el Fosyga y las EPS y adicionalmente el volumen de las cotizaciones no alcanzan a financiar el costo de las

<sup>5</sup> Periódico El Pulso, Edición Septiembre de 2003.

<sup>6</sup> Documento 32. Observatorio de la seguridad social, Universidad de Antioquia, Medellín septiembre de 2001, No2.

<sup>7</sup> Documento 32. Observatorio de la seguridad social, Universidad de Antioquia, Medellín septiembre de 2001, No4

UPC. Entre 1996 y 1999, los saldos netos fueron positivos, lo cual permitió realizar inversiones de rendimientos financieros y conservar unas reservas para atender períodos de déficit

Se esperaba que el régimen contributivo continuará evolucionando bajo estas condiciones, o por lo menos, que si se presentara un déficit, éste no fuera muy prolongado o intenso. Sin embargo, el entorno macroeconómico cambió, aumentaron el desempleo y la informalidad, lo cual generó un detrimento del IBC (ingreso base cotización) y una reducción en el monto total de las cotizaciones, al tiempo que se presentaba un aumento en la densidad familiar. Además del desequilibrio financiero a nivel macro, un problema muy preocupante se refiere al estancamiento de la cobertura, como proporción de la población del país, y su reducción en relación con los ocupados. En efecto, por una parte, la cobertura es apenas del 31% de la población total, con una diferencia cada vez menor con la que se tenía al momento de expedirse la Ley 100 (22%), cuando no se cubría a la familia del cotizante; por otra parte, como proporción de la población ocupada, la cobertura descendió en más de tres puntos porcentuales en los últimos dos años, lo cual muestra la discrepancia estructural entre empleo y seguridad social

Como dice el Ministerio de la Protección Social en su Plan Estratégico para el Cuatrienio 2002-2006: “La estabilidad financiera del régimen contributivo está amenazada por el impacto de la recesión económica que genera desempleo, subempleo e informalidad, lo cual reduce los ingresos de los afiliados al régimen y aumenta la tasa de dependencia. A esto se suma la alta evasión y elusión de aportes. La evasión de trabajadores dependientes se estima en \$ 430 mil millones y la de ocupados en más de varios billones de pesos. Del total de ocupados solo el 45% está afiliado. Los dependientes no afiliados de sectores como industria, construcción, comercio y servicios representan el 11% total de trabajadores con empleo.”<sup>8</sup>

En definitiva, se enfrenta un dilema a la hora de sostener el régimen contributivo: o se busca mantener el equilibrio financiero, a costa incluso de una reducción en la cobertura y de una mayor exclusión social, o se busca conservar y aumentar la cobertura combinando fuentes de financiamiento y, en últimas, modificando la fuente de financiamiento.

## **VI. Jurisprudencia**

Cuando se tutela por motivos de salud, se invoca fundamentalmente el derecho a la vida o el derecho a la salud como conexo a uno de los derechos fundamentales de los colombianos. Ese terreno jurídico es de difícil definición y ha supuesto la oportuna y eficaz resolución de miles de demandas legítimas de parte de los ciudadanos, pero también se ha prestado para la confusión y para lo que se ha venido llamando “la judicialización” de la salud.

Para finales del año 2000, el Fosyga ejecutó \$4.158 millones para cubrir tutelas; en el año 2001 la cifra ascendió a \$4.960 millones, ya para el año 2002 se ejecutaron \$23.963 millones y para este año se tienen apropiados \$60.000 millones que según parece van a ser insuficientes, lo que demuestra un crecimiento geométrico de la situación y coloca en serio peligro la estabilidad financiera del sistema.<sup>9</sup>

Por lo general las altas cortes han terminado ampliando el alcance del POS en beneficio de unos pocos pero en detrimento de la entereza del sistema de aseguramiento y de los

---

<sup>8</sup>Documento 40. Evaluación de la reforma de salud colombiana, CENDEX, Bogotá marzo de 2003

<sup>9</sup>Periódico El Pulso, Edición Agosto de 2003.

mecanismos de acceso. Para el caso, tanto el Fosyga como las EPS son los que más vulnerabilidad presentan ante el fenómeno de crecimiento de este tipo de demandas, y en algunos eventos, un solo fallo millonario y equivocado podría colocarlos en una gran dificultad financiera, comprometiendo no solo la estabilidad de los actores sino también de la totalidad del sistema.

## **VII. Problemas del Régimen Contributivo**

El Régimen Contributivo presenta problemas de ineficiencia financiera con altos niveles de evasión y elusión, selección adversa, morosidad y afiliaciones indebidas, entre otras. A continuación se realizara una breve descripción de cada uno de estos problemas.

1. Evasión y Elusión: Hay dos tipos de evasión que afectan el sistema de salud. El primer tipo es la evasión total del sistema, en la cual la persona no se afilia al Régimen Contributivo y el sistema deja de recibir recursos para el Régimen Subsidiado y debe gastar en atención de vinculados. Otra forma de evasión es la evasión parcial o elusión, que resulta de la subdeclaración de ingresos. En este caso, el individuo sí contribuye al Régimen Contributivo pero subdeclara sus ingresos, lo cual reduce la equidad en el SGSSS. La subdeclaración de ingresos se origina en dos partes: en los empleados formales cuando la empresa reporta sólo parte de los ingresos de sus empleados y en los afiliados independientes cuando ellos se afilian informando un ingreso inferior al que reciben normalmente. El Sistema dejó de recaudar por esta causa \$136 mil millones por el 1% de los ingresos del trabajador, destinados a la solidaridad, suficiente para cubrir más de 1,2 millones de afiliados adicionales al Régimen Subsidiado y \$1.6 billones -35% de lo potencial que habrían permitido aumentar los beneficios del POS y el valor de la UPC, o disminuir la cotización.<sup>10</sup>

2. Tasas de desempleo: Por una parte, se observa el impacto negativo que sobre la afiliación al sistema de salud han generado los altos niveles de desempleo y el deterioro de la situación laboral de los últimos años (aumento de informalidad, empleos precarios y subempleo). Dicha situación ha ocasionado la disminución del número de afiliados al régimen contributivo en poco más de 900 mil personas entre 1997 y 1999. Puesto que los problemas laborales mencionados no afectan de forma homogénea a la población (por ejemplo el desempleo se concentra en la población pobre, las mujeres y los jóvenes y los empleos precarios y la informalidad en las personas de bajos ingresos), sus efectos, en particular la disminución de cobertura en salud, también estarán concentrados en ciertos grupos de la población (los más pobres, las mujeres y los jóvenes) causando con esto un impacto adverso sobre la equidad.

3. Doble afiliación: La doble afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud representa un problema en la distribución de los recursos del mismo, pues genera doble erogación de UPC al sistema, sin que el beneficiario sea distinto. De ésta forma las ARS o EPS se pagan por servicios no prestados y los recursos públicos se erosionan en la misma proporción.

Para marzo de 2000 en las 7 ciudades con sus áreas metropolitanas la doble afiliación se presenta para el 3.1% de las personas afiliadas, lo que equivale a 272 mil personas. Para el total nacional (incluyendo áreas rurales y las demás cabeceras municipales) el número de personas con doble afiliación es 468 mil.

---

<sup>10</sup>Documento 27. Departamento Nacional de Planeación Evaluación sistema general de seguridad social en salud, Diciembre de 1999.

4. Mercados fragmentados: al régimen contributivo pertenecen unas empresas del sector público y otras del privado, las cuales operan con diferentes reglas aunque bajo la misma ley. Existe por una parte un mercado regulado bajo el cual funcionan las EPS privadas, un Régimen Especial (Ecopetrol, Magisterio, Fuerzas Militares) al que no se aplican las normas legales y las EPS públicas que incumplen sistemáticamente las disposiciones legales. Los regímenes especiales operan con una cuota per cápita muy superior a la UPC debido a que no compensan contribuyendo así a incrementar la crisis y la no viabilidad financiera del Régimen Contributivo.

5. Selección adversa: El sistema cuenta hoy con un Régimen Contributivo cada día más excluyente, puesto que adicionalmente en las reglamentaciones consecutivas ha venido rechazando afiliados con poca capacidad de pago o que significan riesgo en el gasto, con lo que se rompe el principio de la seguridad social que indica la separación absoluta entre el riesgo y el pago.

6. Deficiencias en el sistema de control e información: Este es uno de los puntos más críticos y menos consolidado en la seguridad social en salud. Su fortalecimiento requiere el esfuerzo de las EPS y ARS, así como la necesaria intervención de los organismos de control en la definición de plazos y planes de desempeño para mejorar su oportunidad, generar redes de información y garantizar el mantenimiento de las mismas.

7. Enfermedades ruinosas o catastróficas (enfermedades de alto costo): Los problemas en la estimación del costo tiene que ver con las deficiencias en la información, producto de la falta de claridad en la definición de la ERC las cuales producen información poco consistente tanto en frecuencias como en el costo.

Para ilustrar los problemas de información hay que mencionar que cada uno de los rubros definidos en el MAPIPOS como de alto costo no es solo un procedimiento sino un conjunto de procedimientos el cual puede variar de una EPS a otra. En este sentido podemos mencionar varios ejemplos:

- La cirugía cardiovascular puede estar conformada por un conjunto de cerca de 54 procedimientos.
- El costo de la atención del SIDA puede referirse solo al del tratamiento con medicamentos o puede incluir la atención de todas las complicaciones.
- En la atención del cáncer no se consideran las cirugías relacionadas con el cáncer las cuales son más costosas y más frecuentes que los procedimientos considerados en el MAPIPOS como de alto costo.

A pesar de las medidas implementadas la selección adversa por parte de los aseguradores y los prestadores sigue siendo uno de los principales inconvenientes de acceso para los pacientes catalogados como de alto costo. Siguen existiendo problemas de financiación y de concentración excesiva de pacientes en EPS como el Seguro Social, el cual tiene la mayor carga en este problema.

8. Las Moras en los pagos de las EPS a las IPS: las causas de este problema van desde la demora en el giro de los recursos del Fosyga a los fondos locales de salud, hasta la negligencia de algunos alcaldes en el desembolso de estos pagos. En el caso de las EPS un problema adicional consiste en fallas de facturación de las IPS.

## **VIII. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

1. Disminución de Evasión y Elusión de aportes:
  - Mecanismos de identificación, acceso y pago de aportes
  - Sanción a modalidades de fraude
  - Base de cotización para trabajadores independientes más modalidad de pago.
  - La creación de estímulos y controles a la afiliación de trabajadores independientes.
2. Incorporar recursos de los regimenes especiales:
  - En el presupuesto hay partidas especiales que se destinan a la prestación de servicios de salud de entidades que se insertan de manera especial en el Sistema General de Seguridad Social como las fuerzas militares. Los cuales tienen una limitada solidaridad con el sistema y significan beneficios mayores a los previstos por la ley.
3. Creación, Reglamentación e implementación de una subcuenta del Fosyga para el cubrimiento de las enfermedades de alto costo.
4. Anticipos e intereses de mora de EPS hacia las IPS.
5. Fortalecimiento del modelo de control y vigilancia.

## **RÉGIMEN SUBSIDIADO**

### **I. Introducción y Antecedentes del Régimen**

Dentro del marco de la Constitución Política de 1991 (Artículos 48 y 49), la salud es un servicio público, administrado en forma descentralizada, al cual se debe garantizar el acceso de todos los ciudadanos colombianos. Su organización, reglamentación y dirección está a cargo del Estado, al cual corresponde dicha regulación, guiado por los principios revigilancia, universalidad, eficiencia y solidaridad. Al sistema de seguridad social en salud se ingresa a través de dos regímenes que son excluyentes: el contributivo para las personas con capacidad de pago y el Subsidiado para la población pobre y vulnerable, sin posibilidad de pago.

El régimen subsidiado es el conjunto de normas que rigen el ingreso de las personas sin capacidad de pago y su núcleo familiar al sistema general de seguridad social en salud, cuando esta afiliación se hace a través del pago total o parcial de la unidad de pago por capitación subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad. Son beneficiarios del régimen subsidiado todas las personas pobres y vulnerables del territorio nacional identificadas en los niveles 1 y 2 de pobreza por el SISBEN y en los listados especiales<sup>11</sup>, que no tiene capacidad de cotizar al régimen contributivo y en consecuencia, reciben un subsidio total o parcial del Estado, para completar el valor de la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado. Además los miembros de las comunidades indígenas<sup>12</sup>.

### **II. Normatividad vigente**

El marco legal que regula este servicio está conformado por la Ley 100 de 1993, que fue diseñada para garantizar los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad e implementar un esquema de subsidio de demanda para la población pobre, sostenible financieramente y de calidad en los servicios de salud que provee. La Ley 715 de 21 de diciembre de 2001, dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política (que reformó el Acto Legislativo 01 de 2001) y dicta otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios, de educación y salud. Con ella se desarrolla legalmente el sistema General de Participaciones Territoriales para inversión social. El Acuerdo 244 de enero 31 de 2003, “por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. El 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”. El Decreto 515 de 20 de febrero de 2004 “por el cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS”.

### **III. Afiliación**

En el 2004 la garantía, entre continuidad y ampliación de cobertura, de la afiliación al Régimen Subsidiado de 11.772.725 personas clasificadas por la encuesta del Sisben en los niveles 1 y 2 y localizada a través del listado censal como es el caso de la población indígena y otros grupos vulnerables los cuales representan una cobertura del 70% de la población con necesidades

---

<sup>11</sup> Listados especiales previstos en el Acuerdo 244...para cubria a .....

<sup>12</sup> Definición del sistema de seguridad social, Ministerio de la Protección Social febrero de 2001.

básicas insatisfechas (NBI)<sup>13</sup> y corresponden al 46,5% de la población total afiliada al sistema General de Seguridad Social.

#### **IV. Criterios de priorización de beneficiarios de subsidios**

De conformidad con lo establecido en el artículo 7° del Acuerdo 244 del 2003, las alcaldías o gobernaciones en el caso de los corregimientos departamentales, elaboran 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:

1. Recién nacidos.
2. La población del área rural.
3. Población indígena.
4. Población del área urbana.

En cada uno de los grupos de población, descritos en los numerales 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 con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisbén
4. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal.
5. Población de la tercera edad.
6. Población en condición de desplazamiento forzado.
7. Núcleos familiares de las madres comunitarias
8. Desmovilizados

#### **V. Entidades Responsables del aseguramiento en el Régimen Subsidiado**

La población afiliada al régimen subsidiado está asegurada en cuatro (4) tipos de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), así: Empresas Promotoras de Salud (EPS), Empresas Solidarias de Salud (ESS), Cajas de Compensación Familiar (CCF) y EPS indígenas, estas últimas autorizadas por la Ley 691 de 2001. Hacia junio de 2003 como consecuencia de una serie de ajustes en las ARS estaban autorizadas 17 ESS, incluyendo las 8 ESS indígenas y de ellas 7 ESS, como producto del agrupamiento, se asociaron gremialmente en Gestar Salud; Las EPS y CCF tenían cada una 13 ARS.<sup>14</sup>

#### **VI. La Cobertura del Régimen Subsidiado.**

Para finales del año 2002 se había terminado de aplicar el Decreto 1804 de 1999 que obligó a generar un proceso de integración entre las diversas ARS y en forma especial de las ESS. En conjunto para ese año los afiliados representaban una cobertura del 70% de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y correspondían al 46.5% de la población total afiliada al

---

<sup>13</sup> Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones

<sup>14</sup> Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones.

Sistema General de Seguridad Social. Como resultado del proceso de integración las Administradoras del Régimen Subsidiado quedaron reducidas a 43, algunas se fusionaron y 90 más entraron en proceso de liquidación.

Una población de 11.444.003 de personas continuó asegurada en la contratación que se inició el primero de abril de 2003 y finalizó el 30 de septiembre del mismo año. En marzo de 2003 se amplió la cobertura en 323.353 afiliados financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones destinados por la Ley 715 de 2001. Actualmente (año 2004) hay 11,7 millones de afiliados a Régimen Subsidiado que pueden ampliar su contrato hasta abril de 2005, para lo cual ya está la resolución ordenando el traslado presupuestal.<sup>15</sup>

## **VII. Presupuesto del régimen subsidiado de salud**

Para la afiliación al Régimen Subsidiado durante el período 2002 - 2003 se invirtieron \$2.137.556 millones, de los cuales la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA aportó el 29.48% y las Cajas de Compensación Familiar el 0.58%. El porcentaje principal de la financiación, correspondió a los aportes del Sistema General de Participación, que alcanzó el 67.99% y los recursos de esfuerzo propios de las entidades territoriales que aportaron un 1.95%.<sup>16</sup>

El año 2002 se caracterizó por ser el primer año de la puesta en operación de la Ley 715 de 2001 y por el proceso de preparación de la reforma del Régimen Subsidiado que solo se materializaría en el año siguiente mediante el Acuerdo 244 de 2003 y el Decreto 050 del mismo año. La Ley 715 de 2001 impactó al Régimen Subsidiado de Salud porque entregó todo el manejo de la contratación y la financiación a los municipios, así como la gestión de los programas de prevención y promoción; y exigió la toma de medidas para simplificar y acelerar el flujo de los recursos financieros.

Específicamente para acelerar el flujo de los recursos se eliminó la intermediación de los Departamentos y los contratos tripartitos (según recomendación del Estudio de la Universidad Nacional), de otra parte se cambiaron los giros bimensuales por mensuales en el Sistema General de Participaciones y se obligó al manejo de todos los recursos en cuentas separadas mediante los Fondos Locales de Salud creados mediante la Ley 10 de 1990. En virtud de las facultades extraordinarias otorgadas por esta ley se expidió el Decreto 1281 del 2002 por el cual se estableció el sistema de pago de intereses de mora y se simplificó el sistema de requisitos para el pago de facturas. Como consecuencia inmediata de estas medidas la estructura de cobros de las UPC - S a las entidades territoriales se vio reducida en 36 días, pasando de 166 días en cartera a 130 días según se desprende del análisis de los estados financieros de las siete ESS.

Así mismo el Ministerio en conjunto con las entidades territoriales, ha avanzado en la conformación de la base de datos única de afiliados al Régimen Subsidiado y en la depuración de multicasos (multiafiliados e información por actualizar), que permita alcanzar una información de calidad y confiabilidad para el sistema; constituyéndose, junto con las bases de datos de población priorizada en un instrumento fundamental en el control a la asignación de los subsidios a la demanda.<sup>17</sup>

## **VIII. Jurisprudencia**

---

<sup>15</sup> Ministerio de la Protección Social

<sup>16</sup> Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones –DNP-

<sup>17</sup> Federación Colombiana de Municipios. Evaluación Financiera del Régimen Subsidiado, noviembre de 2003. documento N°29.

Las acciones de tutelas se presentan principalmente solicitando el amparo del derecho fundamental a la vida y a la salud, ante la negativa de las ARS de prestar ciertos servicios o medicamentos por encontrarse fuera del POS-S, ante este hecho la Jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sido reiterativa en señalar que las "A.R.S." deben cubrir tales servicios y repetir contra el Estado – Ministerio de Salud, a través del Fondo Correspondiente; se entiende que tal Fondo es el Fosyga, de conformidad con lo establecido en el Decreto 806 de 1998.

## **IX. Principales problemas y propuestas para el régimen subsidiado**

La creación del régimen subsidiado de salud es a no dudarlo un gran logro pues hoy agrupa a 11.7 millones de personas pobres, con gran presencia en los municipios pequeños y pobres, que tienen garantizado el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, hay problemas que pueden ser corregidos, como:

- La no democratización de las ARS.
- Las moras en los pagos.
- Dificultades en el funcionamiento de las redes públicas de los municipios pequeños pobres y marginados.

**Primera propuesta:** para el régimen subsidiado de salud

**Como correctivos se propone:**

- Cambiar el régimen de propiedad y dirección de las ARS.
- Establecer un sistema de anticipos.
- Sustituir los subsidios de oferta.

**Segunda propuesta:** autorizar y simplificar el funcionamiento de las redes públicas en los municipios pequeños.

La Ley 100 de 1993 creó la figura de las Empresas Sociales del Estado como la estructura jurídica para que operaran los hospitales en forma más eficiente y competitiva. Desafortunadamente la norma estableció requisitos administrativos muy útiles en los grandes hospitales pero que resultan muy costosos de cumplir en los hospitales pequeños y del primer nivel de atención. Existen exigencias de personal administrativo excesivo para hospitales pequeños y hay procesos de facturación de los servicios muy complejos.

Esta situación amerita una intervención que genere un cambio normativo en beneficio de las redes públicas de los municipios pequeños pobres y marginados, lo cual implica:

1. Autorizar redes públicas en municipios pequeños.
2. Simplificar las normas de las ESE para municipios pequeños.
3. Simplificar requisitos esenciales para municipios pequeños.
4. Flexibilizar escalas salariales y crear incentivos.
5. Mantener parcialmente subsidios de oferta.

Para el desarrollo de ambas propuestas los cambios implican adicionar, reglamentar o modificar las Leyes 100 de 1993 y 715 de 2001. Es de observar que el trámite legislativo de los proyectos de ley 138 y 236 puede ser la oportunidad para considerar estas ideas.<sup>18</sup>

#### **X. Propuestas de los Proyectos de Ley Nos. 180 y 236 del 2004.**

1. Creación de un nuevo Régimen Subsidiado.
2. Creación de un Fondo Territorial Colombia para la salud, Focos.
3. Aumento del punto de solidaridad.
4. Eliminación de la ARS.

#### **XI. OBSERVACIONES**

Se destaca que a raíz de la implementación de la Ley 100 de 1.993 se han logrado importantes avances en cobertura de la seguridad social en salud y, a través del régimen subsidiado de salud, se ha llegado a un porcentaje significativo de la población pobre. Sin embargo, el sistema de seguridad social aún adolece de problemas graves que es necesario entrar a solucionar si se desea que el sistema logre los objetivos propuestos de cobertura universal, calidad en la oportunidad y aumento de la eficiencia.

- Los resultados de la cobertura, equidad y eficiencia en salud sobre la población pobre y vulnerable posiblemente, primero, no hubieran sido mejores sin el modelo de aseguramiento y, segundo, la conciencia de las personas sobre un derecho ha cambiado las relaciones y cercanía Estado – ciudadano.

- En términos de financiamiento y organización institucional, luego del acuerdo 244 y la Ley 715/01 los resultados muestran mejoras en acceso y prestación.

- Frente a las funciones de compra (intermediación) y prestación de servicios aun quedan alternativas para mejorar su regulación.

#### **Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP).**

##### **I. Características generales del SGRP.**

El SGRP se puede definir como “...el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan”<sup>19</sup>.

Su administración corresponde al Instituto de Seguros Sociales y las empresas aseguradoras que obtengan la correspondiente autorización por parte de la Superintendencia Bancaria. Entre las funciones que se les confiere a estas instituciones en su calidad de administradoras del sistema se encuentran<sup>20</sup>:

- a) La afiliación;
- b) El registro:

---

<sup>18</sup> Plan de salud de la ARD, propuestas de políticas públicas para el sector salud en beneficio prioritario para los Municipios pequeños, pobres y alejados. Ver documento N°

<sup>19</sup> Artículo 1, Decreto 1295 de 1994. ver anexos

<sup>20</sup> Artículo 80 del Decreto 1295 de 1994. ver anexos

- c) El recaudo, cobro y distribución de las cotizaciones de que trata este Decreto;
- d) Garantizar a sus afiliados, en los términos de este Decreto, la prestación de los servicios de salud a que tienen derecho;
- e) Garantizar a sus afiliados el reconocimiento y pago oportuno de las prestaciones económicas, determinadas en este Decreto;
- f) Realizar actividades de prevención, asesoría y evaluación de riesgos profesionales;
- g) Promover y divulgar programas de medicina laboral, higiene industrial, salud ocupacional y seguridad industrial;
- h) Establecer las prioridades con criterio de riesgo para orientar las actividades de asesoría de que trata el artículo 39 de este Decreto;
- i) Vender servicios adicionales de salud ocupacional de conformidad con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

## **II. Plan de beneficios.**

El SGRP contempla dos tipos distintos de prestaciones: una asistencial y otra económica.

Las prestaciones asistenciales contemplan las labores de prevención y promoción de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; asistencia médica y servicios odontológicos; gastos de traslado para la prestación de servicios, elementos de prótesis y rehabilitación física y profesional.

Por su parte las prestaciones de tipo económico a las que se refiere el plan de beneficios del SGRP tienen un monto mayor que las abarcadas en los sistemas de pensiones y salud, y contemplan los auxilios por incapacidad temporal, las indemnizaciones por incapacidad permanente parcial, pensiones vitalicias por invalidez, muerte del afiliado y auxilios funerarios.

Durante el periodo transcurrido desde la creación del sistema, se observa una tendencia en las estadísticas hacia el crecimiento tanto de la atención como de la siniestralidad y la ocurrencia de enfermedades profesionales. Esta dinámica se puede entender debido a dos fenómenos fundamentales: en primer lugar por la paulatina afiliación al sistema y la utilización que los afiliados hacen de este, debido en parte al conocimiento que los afiliados van adquiriendo acerca de sus derechos, proceso natural que implica el progresivo reconocimiento que adquiere el sistema y la necesidad que representa la atención especializada de los riesgos del trabajo para cualquier tipo de actividad productiva.

## **III. Financiación del SGRP.**

El SGRP no percibe ningún tipo de subsidio estatal y los ingresos que capta se basan en el recaudo de las cotizaciones de las empresas y trabajadores independientes, en este sentido algunos autores califican al sistema como autofinanciable. El monto de las cotizaciones no es homogéneo y depende del nivel de riesgo que asumen los trabajadores de la empresa dentro del proceso productivo, actualmente existen unos topes para la fijación de los niveles de cotización que deben oscilar entre el 0.348% y el 8.7% de la base salarial de los trabajadores a cargo del empleador.

El destino de estos recursos según la normatividad existente se distribuye así:

-  El 94% es para la cobertura y el desarrollo de los servicios contemplados en el plan de beneficios del SGRP, así como para atender las contingencias derivadas de las actividades laborales de los afiliados.

- ✚ El 5% de los recursos, que son administrados por las ARP en forma independiente y se destinan para el desarrollo de campañas de educación, promoción y prevención en riesgos profesionales.

- ✚ El 1% destinado directamente al Fondo de Riesgos Profesionales.

#### **IV. Fondo de Riesgos Profesionales.**

El Fondo de Riesgos Profesionales del SGRP fue creado mediante el artículo 87 del Decreto 1295 de 1994, como una cuenta especial de la Nación administrada mediante una fiduciaría. Las labores del fondo se pueden resumir en labores de educación, prevención, promoción e investigación sobre accidentes y enfermedades de trabajo; financiación de investigaciones que tengan por objeto el soporte técnico y profesional de decisiones que se requieran para el desarrollo del SGRP; adelantar estudios, campañas y programas de educación, prevención y promoción en accidentes y enfermedades de trabajo entre la población más vulnerable del territorio nacional; por último crear e implementar un Sistema Único de Información del sistema así como un Sistema de Garantía de la Calidad del SGRP.

La financiación del Fondo se nutre de recursos provenientes de donaciones, recursos que aporten las entidades territoriales para planes de prevención de riesgos profesionales, las multas, los aportes del presupuesto nacional y los recaudos del 1% de las cotizaciones de los afiliados al sistema.

#### **V. Dirección, vigilancia y control del sistema.**

El sistema se encuentra dirigido por el Estado a través del Ministerio de la Protección Social y sus órganos asesores en esta materia que son el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales y el Comité Nacional de Salud Ocupacional. Entre sus funciones se encuentran:

- ✚ Formular las estrategias y programas del SGRP, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo que apruebe el Congreso de la República.
- ✚ Establecer las normas técnicas de salud ocupacional que regulan el control de los factores de riesgo en el trabajo.
- ✚ Establecer normas de obligatorio cumplimiento sobre las actividades de promoción y prevención para las ARP.
- ✚ Expedir la reglamentación sobre recolección, transferencia y difusión de la información sobre los riesgos profesionales.
- ✚ Determinar las modificaciones que considere necesarias a las tablas de clasificación de enfermedades profesionales y evaluación de incapacidades.
- ✚ Establecer las normas y procedimientos que le permitan vigilar y controlar las condiciones de trabajo en las empresas.
- ✚ Establecer el Plan Nacional de Salud Ocupacional

En la vigilancia y el control del SGRP intervienen tanto las dependencias y los procedimientos de las empresas como las instituciones estatales establecidas para este propósito. Para caracterizar a las primeras podemos señalar a los Comités Paritarios de Salud Ocupacional, creados legalmente desde 1983 con el fin de concertar las distintas medidas sobre riesgos profesionales en cada empresa.

Por su parte el Estado cuenta con la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales en materia de control sobre la prestación de servicios asistenciales y de prevención de riesgos. Para todo lo relacionado con la solvencia financiera y el manejo de los recursos la entidad de control es la Superintendencia Bancaria.

## **VI. Marco normativo.**

Este apartado contempla un resumen general de la normatividad existente en relación a los temas en que se encuentra dividido el estudio.

Para el caso del Sistema General de Riesgos Profesionales la norma que regula y ordena el sistema es el Decreto 1295 de 1994, en este sentido los demás decretos entran a reglamentar o modificar aspectos puntuales de este Decreto, entre los temas mas importantes podemos encontrar:

La Ley 776 de 2002, la cual fue aprobada por el Congreso de la República con la finalidad de recoger las sugerencias que se habían planteado las agremiaciones, los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, Trabajo (hoy Ministerio de la Protección Social) y los representantes del sector asegurador, con referencia a algunos puntos que se presentaban como conflictivos dentro del sistema, entre estos temas se destacan: los montos de las prestaciones económicas por incapacidad temporal y permanente parcial; los montos relativos a la pensión de invalidez, monto de la pensión de sobrevivientes, reajuste de pensiones de invalidez y sobrevivientes y determinación de la cotización y su variabilidad.<sup>21</sup>

**Para el tema de prestación de servicios asistenciales:** comprende el marco legal para la prestación de servicios médicos y odontológicos a los que el trabajador afiliado tiene derecho, así como las relaciones y la distribución de funciones entre ARP y EPS. Las normas más importantes en este tema son la Ley 100 de 1993 (artículo 254) y el Decreto 1295 de 1994 (artículos 5, 6 y parágrafo)

**Para el tema de prestaciones económicas:** enmarca las prestaciones económicas que generan las incapacidades parciales permanentes que ocasionan los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Sus normas más importantes son la Ley 100 de 1993 (artículos 251, 252, 253, 255 y 256), la Ley 776 de 2002 (Artículos 3, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y parágrafo, 16, 17, 20 y párrafos), el Decreto 1295 de 1994 (artículos 7, 38, 41, 43, 44, 47 y 55).

**Para el tema de Prevención y Promoción:** comprende todas las actividades, programas y campañas encaminadas a prevenir y fomentar buenos hábitos para la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Entre sus normas más importantes encontramos el Decreto 1295 de 1994 (artículos 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66 y 67).

**Para el tema de financiación del Sistema:** comprende la reglamentación existente relacionada con las fuentes de financiación del sistema. Hay que recordar que el sistema es autofinanciable y no recibe ningún tipo de subsidios de la Nación razón por la cual el SGRP solo se nutre de los aportes sufragados por patronos y empleados independientes por concepto de cotizaciones al sistema. El marco regulatorio de este tema está comprendido en el Decreto 1295 de 1994 (artículo 15, 16, 17, 18, 189, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33)

---

<sup>21</sup> Para obtener un panorama mas completo sobre la Ley 776 de 2002 y sus reformas el lector puede dirigirse al documento "Ley 776 estabilizó el Sistema General de Riesgos Profesionales" periódico "El Pulso". En el apartado de información de periódicos y revistas.

**Para el tema del Fondo de Riesgos Profesionales:** comprende las normas que regulan la administración y funcionamiento del Fondo de Riesgos Profesionales, entre estas están la Ley 776 de 2002 (artículo 22), el Decreto 1295 de 1994 (artículo 87, 89 y 90), el Decreto 1833 (artículos 1 y 3), Decreto 305 (artículos 1 y 2), Decreto 676 (artículos 1, 3 y 4) y el Decreto 1859 de 1995 (artículo 1).

**Para el tema de dirección Vigilancia y control:** el tema abarca todo el marco normativo referente a la estructura funcional del sistema y las instancias de inspección y vigilancia que monitorean el sistema.

Para el punto de dirección y administración del sistema las normas más importantes son el Decreto 1295 (artículos 69, 70, 71, 77, 78, 79, 80, 81, 82 y 83), el Decreto 1542 de 1994 (artículos 1, 2, 3, 6 y 9) y el Decreto 16 de 1997 (artículos 1, 6 y 26).

En lo referente a la vigilancia y el control tenemos entre las normas más importantes el Decreto 1295 de 1994 (artículos 72, 73, 74, 75, 76, 84, 85 y 86).

## **VII. Cifras Generales del SGRP.**

### **Cobertura-trabajadores Afiliados:**

En estos 10 años de entrada en funcionamiento del SGRP, se han podido observar algunas cifras positivas que indican cuando menos, que el SGRP comparado con el anterior sistema de aseguramiento administrado únicamente por el ISS ha presentado un leve crecimiento en la afiliación.

De esta forma tenemos que desde los inicios del sistema, la cifra de trabajadores afiliados al SGRP pasó de 3.622.402 en 1994 a 4.845.843 en 2003, lo que representa un crecimiento de más de un millón de personas afiliadas hasta el momento. Durante este periodo se pueden observar altibajos en el número de afiliados al SGRP correspondiente a los años de 1999 y 2000, así mismo no se pudo encontrar las cifras correspondientes a los años 2001 y 2002, por lo cual no se puede hacer una interpretación de las causas de esta fluctuación en el número de trabajadores afiliados.

Pese a la situación descrita anteriormente, tenemos que decir que la relación de las cifras de crecimiento en cobertura con el total de población ocupada en términos formales e informales relativiza la postura de un sistema en permanente ascenso, ya que aún quedan por fuera más de un millón de personas formalmente empleadas y la población informal carece de posibilidades de acceso, con lo cual el panorama en cobertura aún se presenta problemático.

En conclusión podemos observar como desde 1994 el nivel de afiliados en el SGRP se ha sostenido, mientras que la participación de las ARP's privadas y el ISS ha tenido cambios sustanciales, que se han visto reflejados en un aumento considerable en el número de afiliados de las ARP's privadas.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Para una información más completa sobre cobertura y número de afiliados el lector puede dirigirse al documento 10 Años de seguridad social en Colombia: análisis legislativo, normativo y estadístico de los diez años de la Ley 100 de 1993, en la sección de Doctrina de este documento. También el lector puede observar el cuestionario respondido por FASECOLDA en la sección de cuestionarios y/o entrevistas.

Teniendo en cuenta que la cobertura fue uno de los principales objetivos del sistema en sus inicios, sería conveniente estudiar la pertinencia de una acción del Congreso sobre esta problemática.

#### **Cobertura-participación de las ARP.**

A junio de 2003, el ISS tenía afiliados a 1.568.000 trabajadores, mientras que las 13 ARP privadas sumaban 3.085.338 trabajadores, en promedio cada una de las ARP cuenta con 205.689 afiliados. En cuanto a empresas afiliadas, en el país hay 95.452 empresas dentro del sistema afiliadas a las 13 ARP que actualmente operan en el sistema el promedio de empresas por ARP es de 6.363 empresas.

#### **Asignación de Recursos en programas de promoción y prevención:**

Durante el periodo 2000-2003, los recursos asignados a promoción y prevención en Riesgos Profesionales se ha sostenido mostrando una leve tendencia a aumentar. Es así como para este periodo la asignación de recursos para este rubro pasó de \$14.040.610 en 2000 a \$20.314.578 para el año 2003.

Si bien este tema del SGRP esta suficientemente reglamentado, en nuestra opinión y teniendo en cuenta el buen estado financiero de las administradoras sería conveniente revisar este punto en beneficio de los trabajadores.

### **VIII. Jurisprudencia.**

En general podemos decir que la gran mayoría de jurisprudencia de Corte Constitucional en relación al tema de riesgos profesionales ha girado sobre problemas relacionados con el incumplimiento en los beneficios asistenciales y económicos que contempla el sistema, estos faltas se deben principalmente al incumplimiento en el pago de las cotizaciones y la confusa repartición de responsabilidades entre ARP's y EPS's.

En este sentido la Corte Constitucional, en su jurisprudencia emitida, ha establecido la inviolabilidad de los derechos adquiridos por los afiliados al sistema en relación con estos dos puntos, puesto que el incumplimiento de las empresas y las relaciones entre ARP's y EPS's no puede afectar los derechos a la vida y la salud de los trabajadores afiliados.

### **IX. Doctrina y Documentos técnicos.**

El estudio contempla, en dos de sus apartados una revisión documental sobre distintos textos que puedan aportar una visión más global sobre el tema. En este sentido se presentan algunos documentos que permiten contextualizar la exposición de las normas y jurisprudencia realizados en el marco de estudios y bibliografía que presentan posiciones y visiones de conjunto sobre la formulación e implementación del SGRP en estos diez años.

Cabe resaltar la presentación de un documento publicado por el Instituto de Seguros Sociales sobre sistema de aseguramiento de riesgos profesionales en distintos países del mundo. Para la realización de este estudio se han tomado en cuenta 5 países, consignando en la matriz por cada uno de estos temas tales como: definiciones de enfermedad y accidente de trabajo, Plan de beneficios, prevención y promoción y administración y vigilancia.

### **X. Entrevistas y cuestionarios.**

Durante el desarrollo del estudio se elaboró un cuestionario de preguntas que fue respondido por FASECOLDA. Entre las respuestas podemos encontrar lo siguiente:

- En general se caracterizó como positivo la evolución del Sistema General de Riesgos Profesionales en materia de promoción y prevención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, otras áreas donde se caracterizó como positivo el sistema fueron: conocimiento de los deberes y derechos de trabajadores y empleadores en la materia, capacitación frente a los riesgos laborales, controles ambientales en la fuente productora de contaminación o de lesiones, calificación de la mano de obra en el país, manejo adecuado de elementos de protección personal, entre otras.
- Se identificó como positivo el crecimiento en el número de profesionales calificados en el tema, con lo cual según las cifras que maneja el gremio se triplicó el número que existía antes de la creación del sistema. Además se recalcó entre los logros obtenidos, el crecimiento en publicaciones e investigaciones sobre el tema
- Finalmente FASECOLDA manifestó que eran necesarios ajustes en materia de reglamentación del sistema por parte del Gobierno Nacional. Así mismo no considera necesaria una intervención del legislativo ya que la última reforma legal al sistema se realizó apenas en 2002, razón por la cual considera conveniente dejar madurar las reformas realizadas.

#### **XI. Análisis de la problemática.**

El Sistema General de Riesgos Profesionales ha presentado cuando menos cifras aceptables en cuanto a cobertura y atención a sus afiliados. Sin embargo existen algunas falencias que pueden ser corregidas en la búsqueda de una mejor atención para los trabajadores y un mejor desarrollo de los procesos productivos en el país, entre estas tenemos:

#### **Observaciones financieras.**

El manejo financiero del SGRP durante los últimos diez años ha sido uno de los puntos más positivos del sistema. Así lo demuestran las cifras según las cuales el sistema posee recursos para mantener sus obligaciones sin ningún tipo de problemas. Pese a esto es necesario poner especial atención en dos puntos que se presentaron como altamente conflictivos dentro del sistema durante el transcurso de nuestra investigación.

En primer lugar existen algunas confusiones entorno al manejo contable de las ARP debido a las características del Plan Único de Cuentas (PUC) para este tipo de entidades. Parece ser necesario entonces aplicar algunas reformas tendientes a discriminar de una mejor forma los flujos contables de este tipo de empresas.<sup>23</sup>

De otra parte, la variación de la cotización en el SGRP si bien es punto que hay que mantener por razones técnicas, se ha podido establecer que esta variación es un factor que potencialmente puede perturbar la competencia de las aseguradoras dentro del sistema, ya que la falta de vigilancia en la asignación de la calificación por parte de las ARP produce en ciertas ocasiones falsas calificaciones de riesgos con el objetivo de ganar más clientes. Sería conveniente entonces, establecer algún tipo de vigilancia mucho más fuerte sobre la variación de las cotizaciones.

---

<sup>23</sup> El tema del Plan Único de Cuentas (PUC) fue uno de los aportes más importantes del cuestionario respondido por FASECOLDA. Al respecto ver la sección de Cuestionarios y/o entrevistas.

### **Observaciones sobre beneficios asistenciales y económicos.**

Aunque comparado con el sistema de seguridad social en salud (SGSS), el SGRP presenta planes de beneficios más completos, sería conveniente tomar algunas medidas tendientes a mejorar aún más los beneficios que perciben los trabajadores afiliados al sistema. Al respecto podemos observar algunas legislaciones extranjeras que presentan diversos beneficios para los trabajadores afiliados, tales como México y Argentina, algunos de estos podrían ser estudiados por el Congreso de la República para su posible formulación.

Si bien se ha avanzado en materia de promoción y prevención de riesgos del trabajo, aún faltan desarrollos legislativos que determinen de una mejor manera las responsabilidades y obligaciones entre ARP's y empresas afiliadas, además la prevención de riesgos así como la promoción de buenos hábitos productivos son percibidos aún como un elemento accesorio dentro del sistema y no como un elemento fundamental en la protección de Riesgos Profesionales.

### **Observaciones sobre Cobertura.**

Tal vez este punto es el que ha presentado los signos mas alentadores dentro del sistema, si bien aun se esta muy lejos en lograr cifras tranquilizadoras en afiliación. A continuación presentamos dos observaciones que nos parecen importantes en este punto

En primer lugar la afiliación de independientes sigue siendo aún un importante reto para el sistema, se deberían contemplar mecanismos para lograr una mayor cobertura de este sector.

Siguiendo lo anterior el empleo informal y el subempleo siguen siendo factores generadores de riesgos importantes en la economía colombiana, en este sentido se hace necesaria la atención de esta población por parte de los sistemas de aseguramiento de riesgos del trabajo en Colombia.

Hay que tener en cuenta sin embargo que el Gobierno Nacional a empezado a implementar reglamentaciones sobre este tema, al respecto es importante referenciar que el Decreto 2800 del 3 de Octubre de 2003 establece el procedimiento para afiliación de trabajadores independientes. Sería conveniente revisar los efectos sobre cobertura y número de trabajadores afiliados de esta reglamentación una vez cumpla el primer año de su ejecución.

### **Observaciones sobre la Organización y Administración del Sistema.**

Dentro de la investigación se encontraron algunas falencias respecto de la organización y funcionamiento del sistema que deben ser resueltas para mejorar el funcionamiento organizacional del sistema.

En primer lugar tenemos que el sistema no tiene una relación directa con la prestación de servicios asistenciales, por lo cual existen dificultades en el reparto de responsabilidades entre ARP's y EPS, además de los sobrecostos que genera la atención de riesgos por parte de estas ultimas. Por tanto es indispensable generar una normatividad encaminada a definir con mayor precisión las relaciones EPS – ARP y la relación de prestación de servicios directa entre ARP y afiliados.

Así mismo existen problemas en la determinación de enfermedades profesionales, en este sentido se debe poner mucha atención en el proceso de determinación de estas así como explorar alternativas para el mejoramiento de este procedimiento ya que existen dificultades que

se traducen en demoras y confusiones en el momento de determinar las responsabilidades de los distintos actores del sistema.

### **Fuentes Consultadas Régimen Contributivo**

<http://www.saludcolombia.com/>  
<http://www.fosyga.gov.co>  
<http://www.minproteccionsocial.gov.co>  
<http://www.dnp.gov.co>  
<http://www.contraloriagen.gov.co>  
<http://www.paho.org>  
<http://www.Fundacioncorona.org.co>  
<http://www.fedesarrollo.org.co>  
<http://www.periodicoelpulso.com>

### **Fuentes Consultada Régimen Subsidiado**

<http://www.saludcolombia.com>  
<http://www.fosyga.gov.co/>  
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/>  
<http://www.periodicoelpulso.com/>

### **Fuentes Consultadas Sistema General de Riesgos profesionales**

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/>  
10 años de Seguridad Social en Colombia: análisis legislativo, normativo y estadístico de los 10 años de la Ley 100 de 1993. FASECOLDA, 2003  
<http://www.periodicoelpulso.com/>

## INDICE

Pág.

### REGIMEN CONTRIBUTIVO

#### I. NORMATIVIDAD

##### Constitución Política de la República de Colombia

###### a. Vigente

Constitución de la República de Colombia de 1991..... 35

#### II. LEGISLACIÓN ORDINARIA

##### 1. PRINCIPIOS GENERALES

###### a. Leyes

Ley 100 del 23 de diciembre de 1993..... 36

###### b. Decretos Principios

Decreto 806 del 30 de abril de 1998..... 37

##### 1.1 Afiliación

###### a. Leyes

Ley 100 del 23 de diciembre de 1993..... 38

Ley 828 del 10 de julio de 2003..... 39

###### b. Decretos

Decreto 695 de 30 marzo 1994..... 40

Decreto 806 del 30 de abril de 1998..... 41

Decreto 047 del 10 de enero de 2000..... 43

Decreto 1703 del 2 de agosto de 2002..... 45

Decreto 2400 del 25 de octubre de 2002..... 47

##### 1.2 Cotización

###### a. Leyes

Ley 100 del 23 de diciembre de 1993..... 49

###### b. Decretos

Decreto 2926 del 3 de diciembre de 1994..... 52

Decreto 695 del 30 de marzo de 1994..... 52

Decreto 806 del 30 de abril de 1998..... 54

Decreto 047 del 10 de enero de 2000..... 57

Decreto 1281 del 19 de junio de 2002..... 61

Decreto 1703 del 2 de agosto de 2002 ..... 61

###### c. Jurisprudencia

Sentencia T-437, 10 de septiembre de 1997..... 63

Sentencia C-177, 4 de mayo de 1998..... 66

##### 1.3 Planes de Beneficios

###### a. Leyes

Ley 100 del 23 de diciembre de 1993..... 68

###### b. Decretos

Decreto 806 del 30 de abril de 1998.....	70
<b>c. Jurisprudencia</b>	
Sentencia C-112, 25 de marzo de 1998.....	71
<b>1.4 Plan Obligatorio de Salud (P.O.S)</b>	
<b>a. Leyes</b>	
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.....	74
Ley 360 del 18 de septiembre de 1997.....	76
<b>b. Decretos</b>	
Decreto 1070 del 23 de junio de 1995.....	77
Decreto 806 del 30 de abril de 1998.....	77
<b>c. Acuerdos</b>	
Acuerdo 8 de 1994 del CNSSS.....	79
<b>d. Jurisprudencia Plan Obligatorio de Salud (P.O.S)</b>	
Sentencia SU-819 ,20 de octubre de 1999.....	80
<b>1.5 Cobertura</b>	
<b>a. Leyes</b>	
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.....	85
<b>b. Decretos</b>	
Decreto 806 del 30 de abril de 1998.....	85
Decreto 1703 del 2 de agosto de 2002 .....	88
<b>1.6 Preexistencias</b>	
<b>a. Leyes</b>	
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.....	89
<b>b. Decretos</b>	
Decreto 1222 del 17 de junio de 1994.....	90
<b>c. Jurisprudencia</b>	
Sentencia SU-039 del 19 de febrero de 1998.....	91
<b>1.7 Enfermedades de alto costo</b>	
<b>a. Leyes</b>	
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.....	94
<b>b. Decretos</b>	
Decreto 806 del 30 de abril de 1998.....	94
<b>c. Acuerdos</b>	
Acuerdo 8 de 1994 del CNSSS.....	95
Acuerdo 245 de 2003 del CNSSS.....	96
Acuerdo 248 de 2003 del CNSSS.....	98
<b>d. Jurisprudencia</b>	93
Sentencia SU-480, 25 septiembre de 1997.....	99
Sentencia T-016, 21 de enero de 1999.....	104
<b>2. ORGANIZACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO</b>	
<b>2.1 Administración Régimen Contributivo</b>	
<b>a. Leyes</b>	
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.....	107

<b>2.2 Entidades Promotoras de Salud (E.P.S)</b>	
<b>a. Leyes</b>	
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.....	107
<b>b. Decretos</b>	
Decreto 1485 del 13 de junio de 1994.....	111
<b>2.3 Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S)</b>	
<b>a. Leyes</b>	
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.....	115
<b>b. Decretos</b>	
Decreto 723 del 14 de marzo de 1997.....	115
Decreto 2753 del 13 de noviembre de 1997.....	117
<b>3. ASPECTOS FINANCIEROS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO</b>	
<b>3.1 Unidad de Pago por Capitación</b>	
<b>a. Leyes</b>	
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.....	118
<b>b. Acuerdos</b>	
Acuerdo 259 de 2004 del CNSSS.....	119
<b>3.2 Copagos y Cuotas Moderadoras</b>	
<b>a. Leyes</b>	
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.....	120
<b>b. Acuerdos</b>	
Acuerdo 260 de 2004 del CNSSS.....	121
<b>3.3 Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA)</b>	
<b>a. Leyes</b>	
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.....	125
<b>b. Decretos</b>	
Decreto 1283 de julio 23 de 1996.....	125
Decreto 1281 de junio 10 de 2002.....	134
<b>III. INFORMES JURÍDICOS O TÉCNICOS</b>	
Departamento Nacional de Planeación <b><u>Evaluación sistema general de Seguridad social en salud</u></b> Diciembre de 1999. <a href="http://www.dnp.gov.co">www.dnp.gov.co</a> .....	136
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud <b><u>Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la Republica y Cámara de Representantes 2002-2003</u></b> , julio de 2003.	139
<b>IV. PROYECTOS DE LEY ARCHIVADOS</b>	
Proyecto de Ley N° 180 de Senado.....	142
Proyecto de Ley N° 236 de Senado.....	147
<b>V. BIBLIOGRAFÍA ANALIZADA</b>	
Bolis, Mónica <b><u>Marco jurídico para la regulación del financiamiento y Aseguramiento del sector de la salud</u></b> Programa de Políticas Públicas y Salud Organización Panamericana de la Salud. OPS.....	151

- Observatorio de la Seguridad Social **Oferta del seguro público de salud en Colombia** Medellín, Septiembre de 2001 AÑO 1 N° 2
- Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud en América latina y el caribe** Rev panam salud publica/panam health 8(1/2), 2000Fuente 153
- Fundación Corona, Fundación Ford, **La Equidad en el sector salud: Una mirada de diez años.** Carmen Elisa Florez, Teresa M. Tono, Bogota 2000. 156
- Fundación Corona, Fundación Santa fe de Bogota, **Situación del sector salud en Colombia, retos y compromisos del nuevo gobierno.** Luis Eduardo Rincón, Bogotá 2002 159
- Consejo consultivo laboral Andino **La reforma de los sistemas de seguridad social en los países andinos** Documento elaborado por el Dr. Javier Antonio Mújica Petit, por encargo del Programa Laboral de Desarrollo - PLADES 2003. 165
- Luis Gonzalo Morales Sánchez **El financiamiento del sistema de seguridad Social en salud en Colombia** Naciones Unidas "Reformas financieras al sector salud en América latina y el caribe" Unidad de financiamiento, Santiago de Chile, julio de 1997 167
- Adriana Rodríguez **"Equidad, eficiencia y control del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia"** Contraloría General de la Republica, Dirección de Estudios Sectoriales para el Sector Social Junio 1 de 2001 169
- Ramón Abel Castaño, José J. Arbelaez, Ursula Giedion, Luis Gonzalo Morales **Evolución de la equidad en sistema colombiano de salud** Serie Financiamiento del desarrollo, Unidad de estudios especiales, Secretaría Ejecutiva, CEPAL. Santiago de Chile, mayo de 2001 171

## REGIMEN SUBSIDIADO

### I. NORMATIVIDAD

#### Constitución Política de la Republica de Colombia

##### a. Vigente

Constitución de la Republica de Colombia 1991..... 173

### 1. PRINCIPIOS GENERALES

#### a. Leyes

Ley 100 del 23 de diciembre de 1993..... 174

Ley 715 del 21 de diciembre de 2001..... 177

#### b. Decretos Principios Generales

Decreto 806 del 30 de abril de 1998..... 178

Decreto 1920 del 5 de agosto de 1994..... 178

Decreto 2357 del 29 de diciembre de 1995..... 178

#### c. Acuerdo Funcionamiento

Acuerdo 244 del 31 de enero de 2003..... 179

### 1.1. Afiliación

#### a. Leyes

Ley 100 del 23 de diciembre de 1993..... 179

#### b. Acuerdo Afiliación

Acuerdo 244 de 31 de enero del 2003..... 180

#### c. Decretos Contratación

Decreto 050 de enero 13 de 2003..... 183

#### d. Jurisprudencia

Sentencia T-549 de 29 de julio de 1999..... 251

### 1.2 Contratación

#### a. Acuerdo

Acuerdo 244 de 31 de enero de 2003..... 184

### 1.3. Beneficiarios

#### a. Leyes

Ley 100 del 23 de diciembre de 1993..... 186

Ley 361 de febrero 7 de 1997..... 186

#### b. Acuerdo

Acuerdo 244 de 31 de enero de 2003..... 188

### 1.4 Sisbenización y Carnetización

#### a. Acuerdo

Acuerdo 244 de 31 de enero del 2003..... 190

#### b. Jurisprudencia

Sentencia T-177 de 18 de marzo de 1999..... 252

Sentencia T-626 de 8 de agosto de 2002..... 257

### 2. ORGANIZACIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO

<b>a. Ley</b>	
Ley 100 de diciembre 23 de 1993.....	193
	189
<b>b. Acuerdo</b>	
Acuerdo 244 de 31 de enero del 2003.....	195
<b>c. Decretos</b>	
Decreto 1804 del 14 de septiembre de 1999.....	198
Decreto 330 de 27 de febrero de 2001.....	200
Decreto 515 de febrero 20 de 2004.....	202
<b>3. ASPECTOS FINANCIEROS</b>	
<b>a. Leyes</b>	
Ley 100 de diciembre 23 de 1993.....	208
Ley 715 del 21 de diciembre de 2001.....	209
<b>b. Decretos</b>	
Decreto 050 de enero 13 de 2003.....	210
Decreto 1281 de 19 de junio del 2000.....	215
<b>c. Jurisprudencia</b>	
Sentencia C-1489 de 2 de noviembre del 2000.....	254
Sentencia C- 040 de 24 de febrero de 2004.....	257
<b>4. COBERTURA DEL REGIMEN SUBSIDIADO</b>	
<b>a. Decretos Preexistencias</b>	
Decreto 3353 de 20 de diciembre de 2003.....	216
<b>b. Acuerdos</b>	
Acuerdo 244 de enero 31 de 2003.....	217
Acuerdo 253 de diciembre 5 de 2003.....	218
Acuerdo 262 de 28 de enero del 2004.....	220
<b>c. Jurisprudencia</b>	
Sentencia-274 de 18 de abril del 2002.....	255
Sentencia C-1489 de 2 de noviembre de 1999.....	254
<b>5. CONTROL Y VIGILANCIA</b>	
<b>a. Ley</b>	
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.....	222
<b>6. NORMATIVIDAD NO VIGENTE</b>	
<b>a. Leyes</b>	
Ley 60 del 12 de agosto de 1993.....	224
<b>II. DOCTRINA</b>	
El futuro de la Salud en Colombia <b><u>Ley 100 de 1993 Cinco años después</u></b> Cuarta Edición 1999. Dr. Iván Jaramillo Pérez.....	232
Departamento Nacional de Planeación. <b><u>Sostenibilidad financiera del</u></b> <b><u>Regimen Subsidiado en Salud. <a href="http://www.dnp.gov.co">www.dnp.gov.co</a></u></b> .....	233

Iván Jaramillo Pérez, Fasecolda 10 años de la ley 100 de 1993. <b><u>Seguridad Social en Colombia</u></b> , Noviembre de 2003.....	238
Ivan Jaramillo Pérez <b><u>Evaluación Financiera Del Régimen Subsidiado De Salud</u></b> Noviembre de 2003.....	238
<b>III. INFORMES JURIDICOS Y TECNICOS</b>	
Ramón Abel Castaño, José J. Arbelaez, Ursula Giedion, Luis Gonzalo Morales <b><u>Evolución de la equidad en sistema colombiano de salud</u></b> Serie financiamiento del desarrollo, Unidad de estudios especiales, Secretaría Ejecutiva, CEPAL. Santiago de Chile, mayo de 2001.....	241
CONPES3204 <b><u>Política de prestación de servicios para el sistema de Seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto social en salud y asignación de recursos del presupuesto general de la nación para la modernización de los hospitales públicos</u></b> Noviembre 6 del 2002.....	243
Conpes 74 <b><u>Ajuste a la distribución de los recursos del sistema general de participación</u></b> , Noviembre 4 de 2003.....	243
CONPES 077 <b><u>Distribución del Sistema General de Participaciones vigencia 2004</u></b> del 26 de enero de 2004.....	243
Consejo consultivo laboral Andino <b><u>La reforma de los sistemas Informe anual del consejo nacional de seguridad social en salud a las Comisiones séptimas de senado de la republica y cámara de Representantes 2002 – 2003</u></b> .....	245
<b>IV. CONCEPTOS Y ESTUDIOS TÉCNICOS</b>	
<b>a. Estudio Técnico</b>	
Estudio Técnico de la ARD <b><u>Propuestas de políticas públicas para el sector salud en beneficio prioritario para los Municipios, pequeños pobres y alejados</u></b> .....	246
<b>b. Conceptos Gobierno</b>	
Ministro de la Protección Social Dr. Diego Palacio Betancourt Abril 24 del 2004..	249
<b>V. PROYECTOS DE LEY ARCHIVADOS</b>	
Proyecto de Ley N° 180 de Senado.....	259
Proyecto de Ley N° 236 de Senado.....	260
<b>VI. ARTICULOS</b>	
<b>a. Periódicos</b>	
Periódico para el sector salud. El <b><u>Pulso, Ley 715 el Volcán por dentro</u></b> marzo del 2002.....	264
Periódico para el sector salud. <b><u>El Pulso Eufemismo: la solidaridad para hacer la insolaridad</u></b> , Mayo 11 del 2004.....	265
Periódico para el sector salud. El Pulso, <b><u>Régimen subsidiado tendrá la</u></b>	

<u>mayor ampliación de los últimos años</u> , abril del 2004.....	266
Solinsa Consultoria para el sector salud. <u>Alerta por aumento de protección de patentes a medicamentos en Colombia</u> , Abril 7 del 2004.....	267

**VII. ENTREVISTA**

Dr. Fernando Trillo Coordinador Subcuenta de Solidaridad FOSYGA del 28 de enero del 2004.....	268
---	-----

**SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES** 272

**I. NORMATIVIDAD.**

**Constitución Política de Colombia**

**a. Vigente**

Constitución de la República de Colombia de 1991..... 273

**II. Legislación Ordinaria.**

**1. Plan de beneficios**

**1.1 Generalidades**

**A. Leyes.**

Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993..... 274

**B. Decretos.**

Decreto 1295 del 22 de junio de 1994..... 274

Decreto 1771 del 3 de agosto de 1994..... 277

Decreto 1831 del 3 de agosto de 1994..... 277

Decreto 1832 del 3 de agosto de 1994..... 278

Decreto 1530 del 26 de agosto de 1996..... 280

Decreto 2800 del 3 de octubre de 2003..... 280

**C. Jurisprudencia.**

Sentencia C-046, 8 de febrero de 1996..... 281

Sentencia T-365, 20 de Mayo de 1999..... 282

Sentencia C-453, 12 de junio de 2002..... 282

Sentencia T-125, 22 de febrero de 2002..... 283

Sentencia T-993, 14 de noviembre de 2002..... 284

**1.2 Prestación de servicios asistenciales**

**A. Leyes.**

Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993..... 286

**B. Decretos**

Decreto 1295 del 22 de junio de 1994..... 286

**1.3 Prestaciones Económicas**

**A. Leyes.**

Ley 100 del 23 de diciembre de 1993..... 288

Ley 776 del 17 de diciembre de 2002..... 289

**B. Decretos.**

Decreto 1295 del 22 de junio de 1994..... 292

**C. Jurisprudencia**

Sentencia T-384, 30 de julio de 1998..... 294

Sentencia T-766, 22 de junio de 2000..... 295

Sentencia T-790, 28 de junio de 2000..... 296

Sentencia C-013, 23 de enero de 2002..... 296

**1.4 Prevención y promoción**

**A. Decretos.**

Decreto 1295 del 22 de junio de 1994..... 297

**1.5 Cobertura del sistema**

**A. Decretos.**

Decreto 1295 del 22 de junio de 1994..... 300

<b>2. Financiación</b>	
<b>2.1 Cotizaciones</b>	
<b>A. Decretos.</b>	
Decreto 1295 del 22 de junio de 1994.....	301
Decreto 1772 del 3 de agosto 1994.....	305
<b>B. Jurisprudencia</b>	
Sentencia T-751, 3 de diciembre de 1998.....	305
Sentencia T-259, 6 de Marzo de 2000.....	306
<b>3. Fondo de Riesgos Profesionales</b>	
<b>3.1 Generalidades</b>	
<b>A. Leyes</b>	
Ley 776 del 17 de diciembre de 2002.....	307
<b>B. Decretos</b>	
Decreto 1295 del 22 de junio de 1994.....	307
<b>3.2 Administración del Fondo de Riesgos Profesionales</b>	
<b>A. Decretos.</b>	
Decreto 1833 del 3 de agosto de 1994.....	308
Decreto 305 del 10 de febrero de 1995.....	309
Decreto 676 del 26 de abril de 1995.....	309
Decreto 1859 del 26 de octubre de 1995.....	309
<b>4. Dirección, Vigilancia y control</b>	
<b>4.1 Dirección y administración</b>	
<b>A. Decretos</b>	
Decreto 1295 del 22 de junio de 1994.....	310
Decreto 1542 del 19 de julio de 1994.....	314
Decreto 16 del 9 de enero de 1997.....	315
<b>4.2 Vigilancia y control</b>	
<b>A. Decretos.</b>	
Decreto 1295 del 22 de junio de 1994.....	316
<b>III. Bibliografía analizada.</b>	
Jaramillo Pérez Iván. 10 años de la Seguridad Social en Colombia: Análisis legislativo, normativo y estadístico de los 10 años de la Ley 100 de 1993. FASECOLDA, Bogotá. 2002.....	319
<b>VI. Información de periódicos y revistas</b>	
Ley 776: estabilizó el Sistema General de Riesgos Profesionales. Periódico el Pulso...	320
Diagnostico de la enfermedad profesional: una urgencia. Periódico El Pulso.....	321
Polémica por cobertura de Riesgos Profesionales. Periódico El Pulso.....	323
Normas de Riesgos Profesionales en suspenso. Periódico El Pulso.....	324
El Sistema de Riesgos Profesionales en Colombia. Revista FASECOLDA.....	325
Evolución del Sistema de Riesgos Profesionales colombiano. Revista FASECOLDA...	326
<b>V. Cuestionarios y/o Entrevistas.</b>	
Cuestionario respondido por la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales de FASECOLDA.....	326

**VI. Documentos Técnicos.**

El Sistema General de Riesgos Profesionales en Colombia 1994/2002.....	333
Los sistemas de aseguramiento de los riesgos profesionales en algunos países latinoamericanos e industrializados. Instituto de seguros Sociales (ISS).....	335

## CONTENIDO

### I. Normatividad

#### A. Constitución Política de la República de Colombia

##### A.1 Vigente

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
7 de julio de 1991.	<p><b>Artículo 48.</b> La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.</p> <p>Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.</p> <p>El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.</p> <p>La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.</p> <p>No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.</p> <p>La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.</p> <p><b>Artículo 49.</b> La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p>Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.</p> <p>Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</p> <p>La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.</p>

	<p>Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.</p> <p><b>Artículo 50.</b> Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia. (Documento 1)</p>
--	---

## REGIMEN CONTRIBUTIVO

### 1. PRINCIPIOS GENERALES

#### a. Leyes

##### Principios Generales

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993	<p><b>Artículo 201. Definición.</b> El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud , cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.</p> <p><b>Artículo 203. Monto y Distribución de las Cotizaciones.</b> La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud según las normas del presente régimen, será máximo del 12% del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.</p> <p>El Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá el monto de la cotización dentro del límite establecido en el inciso anterior y su distribución entre el Plan de Salud Obligatorio y el cubrimiento de las incapacidades y licencias de maternidad de que tratan los artículos 206 y 207, y la subcuenta de las actividades de Promoción de Salud e investigación de que habla en artículo 222.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> La base de cotización de las personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, afiliados obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, será la misma contemplada en el sistema general de pensiones de esta ley.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> Para efectos de cálculo de la base de cotización de los trabajadores independientes, el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunciones de ingreso con base en información sobre el nivel de educación, la experiencia laboral, las actividades económicas, la región de operación y el patrimonio de los</p>

	<p>individuos. Asimismo, la periodicidad de la cotización para estos trabajadores podrá variar dependiendo de la estabilidad y periodicidad de sus ingresos.</p> <p><b>Parágrafo 3.</b> Cuando se devenguen mensualmente más de 20 salarios mínimos legales vigentes, la base de cotización podrá ser limitada a dicho monto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Artículo 204. Administración del Régimen Contributivo.</b> Las Entidades Promotoras de Salud recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. De este monto descontarán el valor de las Unidades de Pago por Capitación -UPC- fijadas para el Plan de Salud Obligatorio y trasladará la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las Unidades de Pago por Capitación mayor que los ingresos por cotización, el Fondo de Solidaridad y Garantía deberá cancelar la diferencia el mismo día a las Entidad Promotora de Salud que así lo reporten.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Fondo de Solidaridad y Garantía está autorizado para suscribir créditos puente con el sistema bancario en caso que se presenten problemas de liquidez al momento de hacer la compensación interna.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Fondo de Solidaridad y Garantía sólo hará el reintegro para compensar el valor de la Unidad de Pago por Capitación de aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de salud velará por el cumplimiento de esta disposición. (Documento 2)</p>
--	--

**b. Decretos**  
**Principios Generales**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto 806 del 30 de abril de 1998	<p><b>Artículo 2. Definición.</b> En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.</p> <p>Al Estado le corresponde garantizar este conjunto de beneficios en forma directa o a través de terceros con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud. Estos se agrupan en cinco tipos de planes diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema, esto es como afiliado cotizante, como afiliado beneficiario, como afiliado subsidiado, o como vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Artículo 3. De los tipos de planes.</b> En el Sistema General de Seguridad Social en Salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:</p> <p>1. Plan de Atención Básica en Salud, PAB.</p>

	<p>2. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS.  3. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS.  4. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.  5. Atención inicial de urgencias.  <i>(Documento 5)</i></p>
--	---

## 1.1 AFILIACIÓN

### a. Leyes

#### Afiliación

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993</p>	<p><b>Artículo 156. Tipos de Participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> A partir de la sanción de la presente ley, todo colombiano participará en el servicio público esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.</p> <p>A. Afiliados al Sistema de Seguridad Social  Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:  1 .Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente ley.(...)</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos, controles y sanciones para garantizar la universalidad de la afiliación.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> La afiliación podrá ser individual o colectiva, a través de las empresas, las agremiaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto se expida. El carácter colectivo de la afiliación será voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre Entidades Promotoras de Salud.</p> <p><b>Parágrafo 3.</b> Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, y podrán cobrar una cuota de afiliación.</p> <p><b>Artículo 157. Beneficios para Desmovilizados.</b> Los colombianos que, acogidos a procesos de paz, se hayan desmovilizado, o lo hagan en el futuro, tendrán derecho a los beneficios del régimen subsidiado en salud contenido en la presente ley, mientras no se afilien al régimen contributivo en virtud de relación de contrato de trabajo.</p>

	<p><b>Artículo 202. Afiliados y Beneficiarios.</b> Serán afiliados obligatorios al régimen contributivo los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El Gobierno podrá establecer los sistemas de control que estime necesarios para evitar que los afiliados obligatorios al régimen contributivo y las personas de altos ingresos se beneficien de los subsidios previstos en la presente ley.</p> <p><b>Artículo 208. Suspensión de la Afiliación.</b> El no pago de la cotización en el sistema contributivo producirá la suspensión de la afiliación y al derecho a la atención del Plan de Salud Obligatorio. Por el período de la suspensión, no se podrán causar deuda ni interés de ninguna clase. (Documento 2)</p>
Ley 828 de julio 10 de 2003	<p><b>Artículo 7. Conductas punibles.</b> El empleador que argumentando descontar al trabajador sumas correspondientes a aportes parafiscales no las remita a la seguridad social y, al ICBF, Sena y Cajas de Compensación Familiar, cuando a ello hubiere lugar, será responsable conforme las disposiciones penales por la apropiación de dichos recursos, así como por las consecuencias de la información falsa que le sea suministrada al Sistema General de Seguridad Social. Será obligación de las entidades de seguridad social, y de las Cajas de Compensación Familiar, ICBF y Sena y de las autoridades que conozcan de estas conductas, correr traslado a la jurisdicción competente.</p> <p><b>Artículo 8. Requerimiento de información.</b> Las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, las Administradoras de Fondos de Pensiones, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Servicio Nacional de Aprendizaje y las Cajas de Compensación Familiar podrán solicitar conforme lo determine el Gobierno Nacional, tanto a los afiliados cotizantes y beneficiarios, como a los empleadores, la documentación que requieran para verificar la veracidad de sus aportes o la acreditación de la calidad de beneficiarios, sin perjuicio de la reserva que por ley tengan algunos documentos. En caso de que los documentos sean requeridos y no se entreguen dentro de los treinta (30) días siguientes a su solicitud por parte del afiliado cotizante, se procederá a informarle al usuario conforme al Reglamento que si no los aporta en los treinta (30) días siguientes se procederá a suspender temporalmente el sistema de acreditación de derechos para el acceso de los servicios de salud frente al usuario respecto del cual no se entregue la documentación. Salvo aquellos casos en que el reglamento determine que existe justa causa.</p> <p>En el sistema de salud, transcurridos tres (3) meses de suspensión sin que se hubieren presentado los documentos por parte de los afiliados beneficiarios, se procederá a la desafiliación de los beneficiarios que no fueron debidamente acreditados con la consecuente pérdida de antigüedad. Durante el período de suspensión no habrá lugar a compensar por dichos afiliados. Cuando se compruebe que el afiliado cotizante incluyó beneficiarios que no integraban su grupo familiar, el afiliado cotizante también perderá su antigüedad en el Sistema. Dicha desafiliación deberá ser notificada personalmente al usuario afectado. Si la causa de la suspensión de los servicios en el sistema de salud es imputable al empleador, este deberá sufragar directamente la atención en salud del afiliado</p>

	<p>cotizante y sus beneficiarios, así como el pago de la incapacidad por enfermedad general del afiliado cotizante durante el período de suspensión de servicios, conforme a lo establecido en el artículo 43 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, ni de la obligación de pagar los aportes e intereses adeudados. En este caso se prestarán los servicios al usuario y la Empresa Promotora de Salud deberá repetir contra el empleador.</p> <p>Lo anterior, sin perjuicio de las sanciones que debe imponer tanto la Superintendencia Nacional de Salud o quien haga sus veces como el Ministerio de la Protección Social, al empleador y al afiliado que no entregue la documentación. Las multas por el incumplimiento a este deber podrán llegar a los 10 salarios mínimos legales mensuales vigentes, graduados conforme la gravedad de la infracción y será destinada a subsidiar la cotización en salud de los cabeza de familia desempleados en los términos y condiciones que determine el Gobierno Nacional.</p> <p>Parágrafo. A partir de la Vigencia de esta ley las administradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán exigir la documentación a la que se refiere este artículo para dar trámite a la afiliación de los miembros del grupo familiar de los afiliados cotizantes. (Documento 3)</p>
--	---

**b. Decretos  
Afiliación**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto 695 de 30 marzo 1994	<p><b>Artículo 1. Reglas de la afiliación.</b> A partir del 1° de abril de 1994, todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago que se encuentren vinculados al ISS o a cualquiera de las entidades que administren servicios de salud obligatorios por disposición legal, continuarán vinculados a tales entidades y cotizarán en la forma establecida en el presente Decreto hasta tanto se autorice la operación de las Entidades Promotoras de Salud y entre en operación la Subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía de que trata el artículo 220 de la Ley 100 de 1993, momento en el cual el Sistema General de Seguridad Social en Salud se entenderá en plena operación, fecha que se hará pública por el Ministerio de Salud.</p> <p>Parágrafo. Para los efectos anteriores, las actuales entidades, cajas o fondos, se entenderán habilitados para efectuar el recaudo de las cotizaciones y administrar la prestación del servicio. (Documento 4)</p>
Decreto 806 de 30	<p><b>Artículo 25. Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> Son afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, todos los residentes</p>

de abril de 1998	<p>en Colombia que se encuentren afiliados al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado y los vinculados temporalmente según lo dispuesto en el presente decreto.</p> <p>La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es obligatoria y se efectuará a través de los regímenes contributivo y subsidiado. Temporalmente, participará dentro del sistema la población sin capacidad de pago que se encuentre vinculada al sistema.</p> <p>Parágrafo. En ningún caso podrá exigirse examen de ingreso para efectos de la afiliación al sistema.</p> <p><b>Artículo 26. Afiliados al Régimen Contributivo.</b> Las personas con capacidad de pago deberán afiliarse al Régimen Contributivo mediante el pago de una cotización o aporte económico previo, el cual será financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.</p> <p>Serán afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud:</p> <p>1. Como cotizantes:</p> <p>a) Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país;</p> <p>b) Los servidores públicos;</p> <p>c) Los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes o sustitutos, tanto del sector público como del sector privado. En los casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes deberá afiliarse la persona beneficiaria de dicha sustitución o pensión o el cabeza de los beneficiarios;</p> <p>d) Los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes;</p> <p>e) Los cónyuges o compañeros(as) permanentes de las personas no incluidas en el Régimen de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y que reúnen alguna de las características anteriores. La calidad de beneficiado del cónyuge afiliado a sistemas especiales, no lo exime de su deber de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los términos de la Ley 100 de 1993.</p> <p>2. Como beneficiarios:</p> <p>Los miembros del grupo familiar del cotizante, de conformidad con lo previsto en el presente decreto.</p> <p><b>Artículo 27. Afiliación cuando varios miembros del grupo familiar son cotizantes.</b> Cuando varios miembros de un mismo grupo familiar, se encuentren en una de las situaciones descritas en el numeral 1º del artículo precedente, deberán cotizar para garantizar la solidaridad de todo el Sistema a la misma Entidad Promotora de Salud.</p>
------------------	---

**Artículo 42. Formas de afiliación.** La afiliación en cualquiera de las entidades promotoras de salud podrá ser individual o colectiva.

1. La afiliación individual es la forma de afiliación que cubre a un solo grupo familiar o a una sola persona cuando esta carezca de cónyuge o compañero o compañera permanente, hijos o padres con derecho a ser inscritos.

2. La afiliación colectiva es aquella que se realiza a través de agremiaciones o asociaciones que agrupen diferentes afiliados con nexos comunes o por asentamientos geográficos. En todo caso el afiliado será responsable por el pago de sus cotizaciones, y podrá cambiar de Entidad Promotora de Salud, de manera individual, aunque la selección inicial se haya efectuado a través de una asociación.

**Artículo 47. Efectos de la afiliación.** La afiliación a la Entidad Promotora de Salud o administradora del régimen subsidiado, implica la aceptación de las condiciones propias del régimen contributivo o subsidiado a través del cual se afilia y aquellas relacionadas con cuotas moderadoras y copagos que fije la respectiva Entidad Promotora de Salud para la prestación de los servicios de conformidad con las normas. Estas últimas deberán ser informadas al afiliado.

**Artículo 48. Afiliaciones múltiples.** En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el régimen contributivo y subsidiado, ni estar afiliada en más de una Entidad Promotora de Salud, ostentando simultáneamente alguna de las siguientes calidades: Cotizante, beneficiario y/o cotizante y beneficiario.

**Artículo 57. Suspensión de la afiliación.** La afiliación será suspendida después de un mes de no pago de la cotización que le corresponde al afiliado, al empleador o a la administradora de pensiones, según sea el caso o cuando el afiliado cotizante que incluyó dentro de su grupo a un miembro dependiente no cancele la unidad de pago por capitación adicional en los términos establecidos en el presente decreto.

Cuando la suspensión sea por causa del empleador o de la administradora de pensiones, éste o ésta deberá garantizar la prestación de servicios de salud a los trabajadores que así lo requieran, sin perjuicio de la obligación de pagar los aportes atrasados y de las sanciones a que haya lugar por este hecho, de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 210 y el artículo 271 de la Ley 100 de 1993.

El empleador, la administradora de pensiones o el afiliado deberá para efectos de levantar la suspensión, pagar por todos los períodos atrasados a la Entidad Promotora de Salud, la cual brindará atención inmediata.

**Parágrafo.** La Entidad Promotora de Salud compensará por cada uno de los períodos cancelados.

**Artículo 58. Desafiliación.** La afiliación a una Entidad Promotora de Salud quedará cancelada en los siguientes casos:

a) Transcurridos seis meses continuos de suspensión de la afiliación. La EPS deberá informar de manera previa al empleado cotizante su posible desafiliación a través de correo certificado dirigido al último domicilio registrado en la EPS.

	<p>Una vez desafiliado el usuario, el empleador o afiliado independiente deberá para efectos de afiliarse nuevamente, pagar a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encontraba afiliado. La EPS compensará por los períodos en los cuales la afiliación estuvo suspendida y girará sin derecho a compensar las cotizaciones correspondientes a los demás períodos atrasados. En este caso el afiliado perderá el derecho a la antigüedad. A partir del mes en que se efectúen los pagos se empezará a contabilizar el período mínimo de cotización y la EPS tendrá nuevamente derecho a compensar;</p> <p>b) Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la EPS a través del reporte de novedades que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como independiente;</p> <p>c) Cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago e informa a la EPS tal situación a través del reporte de novedades.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Serán a cargo del empleador aún después de la desvinculación del trabajador, o de la administradora de pensiones, los perjuicios que se ocasionen al afiliado como efecto de la pérdida de antigüedad o cualquier que se origine por el retardo en el pago de sus obligaciones al sistema, sin perjuicio de las demás sanciones legales a que haya lugar.</p> <p><b>Artículo 59. Interrupción de la afiliación.</b> Habrá lugar a interrupción de la afiliación sin pérdida de la antigüedad ni pago de los períodos por los cuales se interrumpe la cotización, cuando el afiliado cotizante o pensionado y sus beneficiarios residan temporalmente en el exterior y reanuden el pago de sus aportes dentro del mes siguiente a su regreso al país, debiendo comunicar tal circunstancia a la EPS a la cual se encontraba afiliado. No obstante, deberá aportar el punto de solidaridad de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 por todo el tiempo que estuvo fuera del país. (Documento 5)</p>
<p>Decreto 047 de 10 de enero de 2000</p>	<p><b>Artículo 1. Cobertura familiar cuando los dos cónyuges cotizan al sistema.</b> Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes en el sistema, deberán estar vinculados a la misma Entidad Promotora de Salud y los miembros del grupo familiar sólo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres de uno de los cónyuges siempre y cuando dependan económicamente de él y no se encuentren en ninguna de las situaciones descritas en el numeral 1 del artículo 30 del Decreto 806 de 1998, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de los cónyuges sea igual o superior al 150% de las unidades de pago por capitación correspondiente a los miembros del grupo familiar con derecho a ser inscritos incluyendo a los cónyuges y a los padres que se van a afiliar.</p> <p>En el evento en que los padres del otro cónyuge o compañero permanente también dependan económicamente de los cotizantes, éstos podrán inscribirlos en calidad de cotizante dependiente siempre y cuando cancelen un valor adicional conforme lo establece el presente decreto.</p> <p>Si uno de los cónyuges dejare de ostentar la calidad de cotizante, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando y los padres inscritos pasarán en forma automática a ostentar la</p>

calidad de adicionales y pagarán los valores correspondientes conforme lo establece el presente decreto.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán realizar las acciones pertinentes para que los afiliados se ajusten a la presente disposición en un plazo que no excederá el 1° de marzo del año 2000.

**Parágrafo.** Para todos los efectos contemplados en el presente decreto, cuando se aluda a las Entidades Promotoras de Salud, se entenderán incluidas todas aquellas entidades que se encuentran autorizadas para administrar el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 2. Régimen para los cotizantes dependientes.** Se establecen las siguientes reglas para los afiliados adicionales o cotizantes dependientes definidos en el artículo 40 del Decreto 806 de 1998:

1. Sólo podrán incluir nuevos afiliados adicionales aquellos cotizantes que hubieran cancelado en forma oportuna y completa sus obligaciones al sistema durante el trimestre inmediatamente anterior a la inclusión del afiliado adicional.
2. Cuando el afiliado cotizante incluya a un afiliado adicional e incurra en mora superior a treinta (30) días, el afiliado adicional será desafiliado. Para este efecto, se entiende que la representación del afiliado adicional está en cabeza del afiliado cotizante. Por ser la afiliación adicional inseparable de la afiliación del cotizante principal, el pago que se realice frente al afiliado adicional no tendrá valor si el afiliado cotizante no se encuentra al día con sus obligaciones.
3. Los afiliados cotizantes a quienes se les hubiera cancelado su afiliación por falta de pago, sólo podrán afiliar personas adicionales, una vez transcurridos doce meses de pagos continuos contados a partir de la fecha de su reingreso al sistema.
4. Los afiliados adicionales estarán sujetos a períodos mínimos de cotización, los cuales se contarán a partir de la fecha de su inclusión. Cuando se afilien adicionales con tratamientos en curso, sujetos a períodos mínimos de cotización es deber del afiliado cotizante cancelar en forma directa a la Entidad Promotora de Salud los recursos necesarios para costear íntegramente este tratamiento, hasta el momento en que cumpla con las semanas requeridas.
5. Por los afiliados, adicionales se deberá cancelar la Unidad de Pago por Capitación que corresponda a su grupo etéreo, el valor que el Consejo Nacional de Seguridad Nacional en Salud defina para promoción y prevención, más un 10% destinado este último porcentaje a la subcuenta de solidaridad.
6. No se podrán incluir como afiliados adicionales a personas que se encuentren afiliados al régimen subsidiado o a un régimen de excepción salvo que demuestren su desafiliación a dicho sistema o personas que tengan capacidad de pago. El cotizante que incurra en esta conducta deberá rembolsar todos los gastos en que hubiera incurrido la Entidad Promotora de Salud frente al afiliado adicional.
7. El afiliado cotizante que incurra en mora frente a los pagos continuos de su afiliado adicional, no podrá afiliar a nuevas personas adicionales durante los dos (2) años siguientes a la verificación de la conducta, manteniendo lo señalado en los numerales 1 y 3 del presente artículo.
8. No se podrán incluir como afiliados adicionales, por el mismo cotizante o su cónyuge o compañero permanente, aquellas personas que hubieran afiliado en calidad de adicionales durante los tres (3) años anteriores y respecto de las

	<p>cuales no hubiera mantenido pagos continuos. El incumplimiento de esta disposición dará derecho a la cancelación inmediata de la afiliación.</p> <p>9. Los pagos frente a los afiliados adicionales se deberán realizar en forma anticipada por períodos mensuales.</p> <p>10. Los afiliados que pretendan afiliar personas adicionales deberán suscribir un título valor mediante el cual se obliguen a cancelar en forma ininterrumpida la suma correspondiente a la afiliación respectiva, hasta por un período mínimo de dos años.</p> <p>Lo dispuesto en esta norma se aplicará a partir del 1° de marzo del año 2000, siendo deber de todos los afiliados adicionales vinculados al sistema ajustarse plenamente a sus previsiones a partir de la fecha mencionada</p> <p><b>Artículo 17. Afiliación al régimen contributivo.</b> La afiliación de las madres comunitarias del programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se efectuará en forma individual al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se registrará como trabajador independiente. Las personas que hacen parte del grupo familiar de la madre o padre comunitario no serán afiliados al régimen contributivo, serán tenidos en cuenta como población prioritaria para la afiliación al régimen subsidiado conforme lo establece el artículo 1° de la Ley 509 de 1999. (Documento 6)</p>
<p>Decreto 1703 de agosto 2 2002</p>	<p><b>Artículo 3. Afiliación del Grupo Familiar.</b> A partir de la vigencia del presente decreto, la afiliación al sistema requiere la presentación de los documentos que acreditan las condiciones legales de todos los miembros del núcleo familiar, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para acreditar la calidad de cónyuge, el registro del matrimonio.</li> <li>2. Para acreditar la calidad de compañero permanente, declaración juramentada del cotizante y compañero o compañera en la que se manifieste que la convivencia es igual o superior a dos años. En este evento la sustitución por un nuevo compañero con derecho a ser inscrito, exigirá el cumplimiento del término antes indicado.</li> <li>3. Para acreditar la calidad de hijos o padres, o la de parientes hasta tercer grado de consanguinidad, los registros civiles en donde conste el parentesco.</li> <li>4. Para acreditar la calidad de estudiante, certificación del establecimiento educativo, en donde conste edad, escolaridad, período y dedicación académica.</li> <li>5. La incapacidad permanente de los hijos mayores de 18 años según lo establecido en los términos del Decreto 2463 de 2001.</li> <li>6. La dependencia económica con declaración juramentada rendida personalmente por el cotizante, en la que conste el hecho.</li> </ol> <p>Para todos los efectos, la entrega de tales documentos es suficiente para acreditar la condición de beneficiario de acuerdo con las normas legales; lo anterior sin perjuicio de que las entidades promotoras de salud, EPS, o demás entidades obligadas a compensar, EOC, realicen las auditorías correspondientes, los cruces de información o que requieran al afiliado cotizante o empleador, según el caso, para que presente la documentación complementaria que acredite en debida forma tal condición, de acuerdo con lo dispuesto en el presente artículo para ser inscrito como beneficiario.</p> <p><b>Artículo 9. Suspensión de la afiliación.</b> Además de las causales previstas en el artículo 57 del Decreto 1406 de 1999, la afiliación será suspendida cuando no</p>

se presenten los soportes exigidos para los beneficiarios de que tratan los artículos 3°, 5°, 6° y 7° en los términos establecidos en el presente decreto. La prestación de los servicios de salud que requieran los beneficiarios suspendidos por esta causal, serán de cargo del afiliado cotizante del cual dependen.

Cuando se acredite la condición de beneficiario antes de que opere la desafiliación, se levantará la suspensión y la EPS tendrá derecho a recibir las correspondientes UPC por los períodos de suspensión.

**Artículo 22. Período mínimo de afiliación.** Modifícase el inciso 4° del artículo 36 del Decreto 1406 de 1999 y adiciónase al mismo artículo, un inciso final, así:

"El período mínimo de afiliación y cotización de un trabajador independiente o de una persona con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales es de un (1) mes; igual término se aplica para aquellos miembros adicionales del grupo familiar".

"La novedad de retiro por pérdida de capacidad de pago, se hará efectiva vencido el mes por el cual se pague la última cotización".

**Artículo 25. Afiliación de los trabajadores de la construcción.** Los curadores urbanos y demás autoridades competentes para estudiar, tramitar y expedir las licencias de construcción y urbanismo, velarán en el trámite correspondiente y en la ejecución de la obra, que el solicitante titular se encuentre cancelando sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social respecto de todos sus trabajadores en proyectos en ejecución bajo su responsabilidad.

Cuando este requisito no sea acreditado, informará a la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de que inicie las investigaciones y aplique las sanciones a que haya lugar.

**Artículo 26. Afiliación de los trabajadores de transporte público.** Para efectos de garantizar la afiliación de los conductores de transporte público al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las empresas o cooperativas a las cuales se encuentren afiliados los vehículos velarán porque tales trabajadores se encuentren afiliados a una entidad promotora de salud, EPS, en calidad de cotizantes; cuando detecten el incumplimiento de la afiliación aquí establecida, deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

**Artículo 27. Empresas de vigilancia privada, cooperativas de vigilancia privada, empresas de transporte de valores y escuelas de capacitación.** Para efecto de la aplicación de los artículos 14, 27, 34 y 71 del Decreto-ley 356 de 1994, la renovación de la licencia de funcionamiento a las empresas de vigilancia privada, las cooperativas de vigilancia privada, las empresas de transporte de valores y las escuelas de capacitación y entrenamiento en vigilancia y seguridad privada, requerirá, la acreditación del cumplimiento de las obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, respecto de los trabajadores a su servicio.

	<p>La Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada reportará a la Superintendencia Nacional de Salud, el incumplimiento que en ejercicio de sus funciones detecte en relación con tales obligaciones.</p> <p>Las entidades del sector público que deban realizar pagos de cualquier naturaleza a las entidades mencionadas en este artículo, deberán verificar lo previsto en la presente disposición y el pleno cumplimiento de los contratistas a los sistemas de salud respecto de sus trabajadores.</p> <p><b>Artículo 30. Obligación de la afiliación.</b> Para el cumplimiento del deber impuesto en el numeral 1 del artículo 161 de la Ley 100 de 1993, los empleadores como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán afiliar al Sistema a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral. Tal afiliación deberá efectuarse al momento mismo del inicio de la relación laboral y deberá mantenerse y garantizarse durante todo el tiempo que dure dicha relación.</p> <p>Al momento de diligenciar el formulario de afiliación a la entidad promotora de salud, el empleador deberá ilustrar al trabajador sobre la prohibición existente de la múltiple afiliación, y le informará sobre las consecuencias de orden económico que la inobservancia de esta prohibición podrá acarrearle.</p> <p>Las entidades de aseguramiento, tanto del régimen contributivo y subsidiado, adelantarán campañas de divulgación y educación a sus afiliados, con miras a contribuir al pleno conocimiento y acatamiento, entre otras, de las disposiciones que regulan los derechos y obligaciones de los afiliados al Sistema, régimen de afiliación y movilidad, y prohibición de múltiples afiliaciones en los términos del Decreto 806 de 1998, del presente decreto y demás disposiciones que los modifiquen o adicionen. (Documento 7)</p>						
<p>Decreto 2400 del 25 octubre de 2002</p>	<p><b>Artículo 1. El artículo 7° del Decreto 1703 de 2 de agosto de 2002 quedará así:</b> "Artículo 7°. Afiliación de miembros adicionales del grupo familiar. Los cotizantes dependientes o afiliados adicionales, de que trata el artículo 40 del Decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante pague en forma mensual anticipada a la Entidad Promotora de Salud, un aporte equivalente en términos de las Unidades de Pago por Capitación fijadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que correspondan al grupo etéreo y zona geográfica de influencia al que pertenece el beneficiario adicional, de acuerdo con la siguiente tabla:</p> <table border="1" data-bbox="488 1650 1333 1818"> <thead> <tr> <th>Grupos etéreos</th> <th>Número de UPC a pagar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Menores de 1 año</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>De 1 a 4 años</td> <td>1.00</td> </tr> </tbody> </table>	Grupos etéreos	Número de UPC a pagar	Menores de 1 año	1.00	De 1 a 4 años	1.00
Grupos etéreos	Número de UPC a pagar						
Menores de 1 año	1.00						
De 1 a 4 años	1.00						

De 15 a 44 años (hombres)	3.00
De 15 a 44 años (mujeres)	2.02
De 45 a 59 años	1.85
Mayores de 60 años	1.00

Adicionalmente el afiliado cotizante, respecto de los cotizantes dependientes será responsable del pago del valor mensual definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para la financiación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de un valor destinado a la Subcuenta de Solidaridad. Este último equivaldrá al 10% de la sumatoria del valor que resulte de sumar las UPC a pagar de acuerdo con su grupo etéreo fijadas en la tabla más el valor de promoción y prevención.

El pago de los aportes correspondientes a los cotizantes dependientes se hará con cargo a los recursos del cotizante, directamente o a través de descuentos de nómina del cotizante.

La entidad promotora de salud, EPS, apropiará el valor de una UPC correspondiente al grupo etéreo del afiliado adicional y el valor correspondiente a las actividades de promoción y prevención y girará a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga el aporte de solidaridad. Cuando se reciban sumas superiores a la UPC que corresponde al afiliado adicional, la EPS girará el valor restante a la Subcuenta de Compensación del Fosyga a través del proceso de compensación, en el formato que para el efecto defina el Ministerio de Salud.

Las personas que se encontraban afiliadas en calidad de cotizantes dependientes o adicionales a 1° de septiembre de 2002, cuentan con un plazo no mayor a un mes contado a partir de la fecha de publicación del presente Decreto para cancelar los valores adeudados.

**Parágrafo 1.** Las personas que se encontraban inscritas como cotizantes-dependientes a 1° de septiembre de 2002, que no continúen afiliadas en las condiciones previstas en este artículo quedan liberadas del cumplimiento de las garantías establecidas en el numeral 10 del artículo 2° del Decreto 047 de 2000, modificado por el artículo 8° del Decreto 783 de 2000. Para el efecto deberán reportar la novedad a la entidad promotora de salud, EPS.

**Parágrafo 2.** Se considera práctica ilegal o no autorizada, el que la EPS asuma con sus propios recursos el pago de los valores a cargo del cotizante por concepto de cotizantes dependientes o que otorguen beneficios de exoneración total o parcial de esta responsabilidad al titular de la obligación".

**Artículo 2. El artículo 10 del Decreto 1703 de 2002 quedará así:**

"Artículo 10. Desafiliación. Procederá la desafiliación a una EPS en los siguientes casos:

- a) Transcurridos tres (3) meses continuos de suspensión de la afiliación por causa del no pago de las cotizaciones o del no pago de la UPC adicional, al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- b) Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la entidad promotora de salud, EPS, a través del reporte de novedades que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como

autoliquidación hace presumir la pérdida de capacidad de pago del trabajador retirado;

c) Cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago e informa a la entidad promotora de salud, EPS, tal situación, a través del reporte de novedades o en el formulario de autoliquidación;

d) Para los afiliados beneficiarios, cuando transcurran tres meses de suspensión y no se entreguen los soportes de la afiliación requeridos por la entidad promotora de salud, EPS, en los términos establecidos en el presente decreto;

e) En caso de fallecimiento del cotizante, también se producirá la desafiliación de sus beneficiarios, salvo que exista otro cotizante en el grupo familiar, caso en el cual quedará como cabeza de grupo;

f) Cuando la Entidad Promotora compruebe la existencia de un hecho extintivo de la calidad de afiliado, cuya novedad no haya sido reportada;

g) Cuando la Superintendencia Nacional de Salud defina quejas o controversias de multiafiliación;

h) En los demás casos previstos en el Decreto 1485 de 1994 artículo 14 numeral 7.

**Parágrafo 1.** Las entidades promotoras de salud, EPS, presentarán semestralmente informes consolidados a la Superintendencia Nacional de Salud sobre los casos de desafiliación.

**Parágrafo 2.** En el evento de que la persona desafiliada adquiera capacidad de pago antes que opere la pérdida de antigüedad, debe reingresar a la misma EPS a la cual se encontraba afiliado, cuando no cumpla con los requisitos para ejercer el derecho a la movilidad. Será suficiente el reporte de novedades para efectuar su reafiliación.

Cuando se presente desafiliación por mora en el pago de aportes, la persona deberá afiliarse, nuevamente a la EPS en la cual se encontraba vinculado y pagar la totalidad de los aportes adeudados al Sistema con sus intereses correspondientes. La EPS podrá compensar por los periodos en los cuales la afiliación estuvo suspendida (3 meses) y girará sin derecho a compensar los demás aportes.

**Parágrafo 3.** En los casos a que se refieren los literales g) y h), la EPS deberá enviar en forma previa al afiliado una comunicación en los términos establecidos en el artículo 11 del Decreto 1703 de 2002".

**Artículo 3°. El artículo 15 del Decreto 1703 de 2 de agosto de 2002 quedará así:** "Artículo 15. Afiliación colectiva. Las entidades que obtengan autorización de la Superintendencia Nacional de Salud para actuar como entidades agrupadoras o de afiliación colectiva, se someterán a las siguientes reglas:

1. Por cada autorización se podrá realizar la afiliación para un grupo de trabajadores independientes de una misma rama de actividad económica.

2. No podrán efectuar el recaudo de cotizaciones en ningún caso.

3. Las entidades promotoras de salud, EPS a las que en forma colectiva se encuentren afiliados los trabajadores independientes, distribuirán los comprobantes para el pago de aportes directamente a los afiliados o a la entidad agrupadora.

**Parágrafo 1.** Los trabajadores independientes actualmente afiliados en forma colectiva que no pertenezcan a la rama de actividad económica por la que la agrupadora realice la afiliación colectiva, permanecerán afiliados de forma individual y en todo caso cotizarán como trabajadores independientes.

**Parágrafo 2.** Las entidades. agrupadoras se abstendrán de afiliar al Sistema,

personas que no coticen sobre el ingreso base de cotización establecido para los trabajadores independientes. El ingreso base de cotización será determinado por la EPS correspondiente según las normas vigentes Y en ningún caso las cotizaciones corresponderán a un periodo inferior a un mes calendario".

**Artículo 4. El artículo 18 del Decreto 1703 de 2 de agosto de 2002 quedará así:**"Artículo 18. Requisitos para afiliación de los asociados a las cooperativas de trabajo asociado.

Las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado de que tratan la Ley 79 de 1988, y los Decretos 468 y 1333 de 1990, no podrán actuar como agrupadoras para la afiliación colectiva establecida en el Decreto 806 de 1998, ni como mutuales para estos mismos efectos.

La afiliación de miembros asociados a las cooperativas o precooperativas de trabajo asociado, requiere la demostración efectiva de:

- a) La condición de asociado;
- b) Que el asociado trabaja directamente para la cooperativa. Estas dos condiciones se acreditan con copia del convenio de asociación.

El registro y aprobación de sus regímenes de trabajo, compensaciones y de previsión y seguridad social por parte del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de conformidad con los artículos 19 y 20 del Decreto 468 de 1990, será exigible para el registro de la cooperativa o precooperativa ante la administradora, en los términos del Decreto 1406 de 1999, para el registro de aportante.

La cotización de los asociados de las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado, al Sistema General de Seguridad Social, se efectuará de acuerdo con el ingreso base de cotización previsto en el respectivo régimen de compensaciones, sin que la cotización pueda ser inferior al 12% de un salario mínimo legal mensual vigente, excepto cuando existen novedades de ingreso y retiro.

Para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud debe acreditarse la afiliación a los sistemas de pensiones y riesgos profesionales, de conformidad con lo establecido en la Ley 633 de 2000. La permanencia en estos sistemas es condición indispensable para obtener el servicio en salud.

La Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en Salud, o las administradoras, podrán verificar el mantenimiento de la calidad de trabajador asociado, y el monto de los aportes. Para efectos del control las cooperativas y precooperativas de trabajo asociado tendrán ante la Superintendencia Nacional de Salud y las administradoras los mismos derechos y obligaciones que las disposiciones legales le asignan a los empleadores".

**Artículo 5. El artículo 22 del Decreto 1703 de 2002, quedará así:** "Artículo 22. Periodos mínimos de afiliación y pago. Modifícase el inciso 4 del artículo 36 del Decreto 1406 de 1999 y adicionase al mismo artículo un inciso final así:

El período mínimo de afiliación y pago de un trabajador independiente o de una persona con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales, es de un mes, igual término se aplica para aquellos miembros adicionales del grupo familiar.

La novedad de retiro por pérdida de capacidad de pago del trabajador independiente, se hará efectiva vencido el mes por el cual se pague la última cotización".

	<p><b>Artículo 6°. El artículo 35 del Decreto 1703 de 2 de agosto de 2002 quedará así:</b>"Artículo 35. Condiciones para promoción de la afiliación. No se podrán estipular condiciones de remuneración directa o indirecta frente a las personas encargadas de la promoción o comercialización del proceso de afiliación, que impliquen una remuneración en función al número de beneficiarios que hagan parte del grupo familiar. Los pagos, deberán limitarse a la afiliación por cotizante, sin que se puedan concretar condiciones que impliquen una discriminación en el proceso de ninguna naturaleza.</p> <p>Para el pago de comisiones, debe haberse verificado el ingreso efectivo del afiliado a través del pago correspondiente de su cotización compensada efectivamente. Es deber de la entidad promotora de salud, EPS, que realiza el proceso de afiliación, velar porque se concrete la afiliación de los beneficiarios de ley.</p> <p>Las entidades promotoras de salud, EPS, deberán elaborar un Manual para Asesores que. Deberá ser conocido y cumplido por todos los asesores comerciales de la entidad, en el cual se establezcan los requisitos normativos en relación con los procesos de afiliación. Copia de este documento, deberá ser enviado a la Superintendencia Nacional de Salud".</p> <p>(Documento 8)</p>
--	---

## 1.2 COTIZACIÓN

### a. Leyes Cotización

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993	<p><b>Artículo 204. Monto y Distribución de las Cotizaciones.</b> La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud según las normas del presente régimen, será máximo del 12% del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> La base de cotización de las personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, afiliados obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, será la misma contemplada en el sistema general de pensiones de esta ley.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> Para efectos de cálculo de la base de cotización de los trabajadores independientes, el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunciones de ingreso con base en información sobre el nivel de educación, la experiencia laboral, las actividades económicas, la región de operación y el patrimonio de los individuos. Asimismo, la periodicidad de la cotización para estos trabajadores podrá variar dependiendo de la estabilidad y periodicidad de sus ingresos.</p> <p><b>Parágrafo 3.</b> Cuando se devenguen mensualmente más de 20 salarios mínimos legales vigentes, la base de cotización podrá ser limitada a dicho monto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.</p> <p>(Documento 2)</p>

**b. Decretos  
Cotización**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto 2926 de diciembre 3 de 1994	<p><b>Artículo 1. Del monto de cotización.</b> De conformidad con lo dispuesto en el artículo 145 del Decreto-ley 1298 de 1994, el monto de cotización para la afiliación familiar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, será del doce por ciento (12%) del salario base de cotización a partir del 1° de enero de 1995.</p> <p>Se entiende que en este porcentaje se encuentra comprendido el punto de solidaridad de que trata el literal a) del artículo 159 del Decreto-ley 1298 de 1994</p> <p>Nota: La referencia al decreto-ley 1298 (inexequible) debe entenderse hecha al artículo 204 de la ley 100 de 1993. (Documento 9)</p>
Decreto 695 de marzo 30 1994	<p><b>Artículo 3. Cotización en salud.</b> De conformidad con lo previsto en los artículos 204 y 280 de la Ley 100 de 1993, a partir del 1° de abril de 1994 la cotización para salud será en el ISS del 8%, sin perjuicio de la tasa del 12% que actualmente rige por cobertura familiar, la cual continuará cobrándose en la forma como se venía haciendo, hasta tanto el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determine el monto de la misma; en todo caso, la distribución de este aparte será de 2/3 partes a cargo del empleador y 1/3 parte a cargo del trabajador.</p> <p>Del 8% o de la tasa superior por cobertura familiar que recaude el ISS se deberá girar un punto porcentual (1%) al Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud para contribuir a la financiación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este aporte se distribuirá entre empleado y empleador en la misma forma dispuesta en el inciso anterior.</p> <p>Hasta tanto el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se integre y defina el monto de la Cotización que regirá para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades, cajas o fondos del sector público que administren sistemas de salud obligatorios por disposición legal, continuarán aplicando el sistema de cotización vigente en la respectiva entidad, caja o fondo a la fecha de expedición del presente Decreto y descontarán del monto de dicha cotización el equivalente a un punto porcentual con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud.</p> <p>Este punto porcentual adicional se distribuirá entre empleador y trabajador en la forma dispuesta en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, independientemente si los empleados aportan o no al sistema por disposición de convención, pacto colectivo de trabajo o laudo arbitral, en cuyo caso los empleados deberán empezar a cotizar, sin excepción, la parte correspondiente, según lo dispuesto en el artículo 280 de la Ley 100 de 1993.</p>

	<p>Mientras se constituye el Fondo de Solidaridad y Garantía y se efectúa la contratación fiduciaria ordenada por la ley, el giro lo realizarán a una cuenta especial transitoria que definirá el Ministerio de Salud. Dichos recursos deberán invertirse en Títulos de Participación del Banco de la República.</p> <p><b>Artículo 4 ingreso base de cotización.</b> Las cotizaciones de salud para los trabajadores dependientes del sector privado se calcularán con base en el salario mensual devengado. Para el efecto constituye salario el conjunto de factores previstos en los artículos 127, 129 y 130 del Código Sustantivo de Trabajo. No se incluye en esta base de cotización lo correspondiente a subsidio de transporte. El salario base mensual para calcular las cotizaciones de los servidores públicos, será el establecido en el artículo 6° del Decreto 691 del 29 de marzo de 1994.</p> <p>La base de cotización para los trabajadores independientes se calculará sobre los ingresos que éstos declaren a la entidad a la cual estén afiliados, mientras el Gobierno Nacional reglamenta el sistema de presunción de ingresos de que trata el parágrafo 2° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993. Todas las cotizaciones que efectúen estos afiliados, se entenderán hechas para cada período, de manera anticipada y no por mes vencido.</p> <p><b>Parágrafo.</b> En ningún caso la base de cotización podrá ser inferior al monto del salario mínimo legal mensual vigente, salvo lo dispuesto en la Ley 11 de 1988 para los trabajadores del servicio doméstico.</p> <p><b>Artículo 6.Plazo para el pago de las cotizaciones en salud.</b> Los empleadores serán responsables del pago de su aporte y del aporte de los trabajadores a su servicio de conformidad con lo previsto en el artículo 161 de la Ley 100 de 1993.</p> <p>Los empleadores girarán los aportes de que trata el inciso anterior al ISS o a la entidad, caja o fondo a la cual estén vinculados sus trabajadores, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente al período por el cual se cotiza.</p> <p>El ISS, las cajas y demás entidades de seguridad social girarán el punto porcentual de que trata el presente Decreto a la cuenta especial del Ministerio de Salud a más tardar el undécimo día del mes siguiente al período por el cual se cotiza.</p> <p>En el caso de los trabajadores independientes, del total de aportes que realicen al ISS, ésta entidad deberá descontar el uno por ciento definido en el presente Decreto con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía y lo deberá consignar en la cuenta especial del Ministerio de Salud a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha en la cual el ISS recibió la cotización.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El recaudo del uno por ciento definido en el presente Decreto correspondiente al mes de abril de 1994, será transferido a la cuenta especial del Ministerio de Salud a más tardar el 11 de mayo de 1994 de acuerdo con los plazos a que se refiere el presente artículo. (Documento 4)</p>
Decreto 806	<b>Artículo 60. Definición de períodos mínimos de cotización.</b> Son aquellos

de 30 de  
abril de  
1998

períodos mínimos de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que pueden ser exigidos por las Entidades Promotoras de Salud para acceder a la prestación de algunos servicios de alto costo incluidos dentro del POS. Durante ese período el individuo carece del derecho a ser atendido por la Entidad Promotora a la cual se encuentra afiliado.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar a los usuarios en el momento de la afiliación, los períodos de cotización que aplica.

**Artículo 61. Períodos mínimos de cotización.** Los períodos mínimos de cotización al Sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:

Grupo 1. Un máximo de cien (100) semanas de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

Grupo 2. Un máximo de cincuenta y dos (52) semanas de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos-Mapipos, como del grupo ocho (8) o superiores. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

**Parágrafo.** Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiados, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes.

**Artículo 62. Excepciones a los períodos mínimos de cotización.** Serán de atención inmediata sin someterse a períodos de espera las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad, que se hagan en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, como también la atención inicial de urgencia.

En ningún caso podrá aplicarse períodos mínimos de cotización al niño que nazca estando su madre afiliada a una EPS. El bebé quedará automáticamente afiliado y tendrá derecho a recibir de manera inmediata todos los beneficios incluidos en el POS-S, sin perjuicio de la necesidad de registrar los datos del recién nacido en el formulario correspondiente.

**Artículo 65. Base de cotización de los trabajadores con vinculación contractual, legal y reglamentaria y los pensionados.** Las cotizaciones para el Sistema General de Seguridad Social en Salud para los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo en ningún caso podrán ser inferiores al equivalente al

12% de un salario mínimo legal mensual vigente.

Para los trabajadores del sector privado vinculados mediante contrato de trabajo, la cotización se calculará con base en el salario mensual que aquellos devenguen. Para estos efectos, constituye salario no sólo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte y aquellos pagos respecto de los cuales empleadores y trabajadores hayan convenido expresamente que constituyen salario, de conformidad con lo establecido en los artículos 127, 129 y 130 del Código Sustantivo de Trabajo. No se incluye en esta base de cotización lo correspondiente a subsidio de transporte.

Para los servidores públicos las cotizaciones se calcularán con base en lo dispuesto en el artículo 6º del Decreto 691 de 1994 y las demás normas que lo modifiquen o adicionen.

Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral se liquidarán sobre el 70% de dicho salario.

Para los pensionados las cotizaciones se calcularán con base en la mesada pensional.

**Parágrafo.** Cuando el afiliado perciba salario o pensión de dos o más empleadores u ostente simultáneamente la calidad de asalariado e independiente, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, ingreso o pensión devengado de cada uno de ellos.

**Artículo 66. Base de cotización de los trabajadores independientes.** La base de cotización para los trabajadores independientes será determinada sobre los ingresos que calcule la EPS de acuerdo con el sistema de presunción de ingresos definido por la Superintendencia Nacional de Salud. En ningún caso el monto de la cotización de los trabajadores independientes podrá ser inferior al equivalente al 12% de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

**Artículo 67. Base mínima y máxima de cotización.** En ningún caso en el formulario de autoliquidación, la base de cotización de los trabajadores dependientes podrá ser inferior al equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente, salvo lo dispuesto en la Ley 11 de 1988 para los trabajadores del servicio doméstico.

De conformidad con lo dispuesto por el parágrafo 3º del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá limitar la base de cotización a 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

**Artículo 68. Recaudo de Cotizaciones.** Las cotizaciones serán recaudadas en forma directa por las EPS o a través de terceros, de conformidad con la reglamentación vigente para tal efecto.

Los empleadores deberán cancelar los aportes de sus trabajadores, mediante el diligenciamiento de los formularios definidos para tal efecto por las normas

	<p>vigentes. Dichos formularios serán suministrados por las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas sin ningún costo.</p> <p><b>Artículo 69. Período de cotización para los profesores.</b> Los profesores de establecimientos particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el período escolar, tendrán derecho irrenunciable a que el empleador efectúe los aportes al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud por la totalidad del semestre o año calendario respectivo, según sea el caso, aun en el evento en que el período escolar sea inferior al semestre o año calendario.</p> <p><b>Artículo 70. Cotización durante la incapacidad laboral, la licencia de maternidad, vacaciones y permisos remunerados.</b> Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al período durante el cual se reconozca al afiliado una incapacidad por riesgo común o una licencia de maternidad, se tomará como Ingreso Base de Cotización, el valor de la incapacidad o de la licencia de maternidad según sea el caso, manteniéndose la misma proporción en la cotización que le corresponde al empleador y al trabajador.</p> <p>Las cotizaciones durante vacaciones y permisos remunerados se causarán en su totalidad y el pago de los aportes se efectuará sobre el último salario base de cotización reportado con anterioridad a la fecha en la cual el trabajador hubiere iniciado el disfrute de las respectivas vacaciones o permisos.</p> <p>La Entidad Promotora descontará del valor de la incapacidad, el monto correspondiente a la cotización del trabajador asalariado o independiente según sea el caso.</p> <p>En ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, salvo las excepciones legales.</p> <p><b>Parágrafo.</b> En el sector público podrá pagarse en forma anticipada las cotizaciones correspondientes al período total de la incapacidad, licencia de maternidad, vacaciones o permisos remunerados.</p> <p><b>Artículo 71. Cotizaciones durante el período de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo.</b> En los períodos de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo por alguna de las causales contempladas en el artículo 51 del Código Sustantivo del Trabajo, no habrá lugar al pago de los aportes por parte del afiliado, pero sí de los correspondientes al empleador los cuales se efectuarán con base en el último salario base reportado con anterioridad a la huelga o a la suspensión temporal del contrato.</p> <p>En el caso de suspensión disciplinada o licencia no remunerada de los servidores públicos no habrá lugar a pago de aportes a la seguridad social, salvo cuando se levante la suspensión y haya lugar al pago de salarios por dicho período. (Documento 5)</p>
Decreto	<b>Artículo 1. Cobertura familiar cuando los dos cónyuges cotizan al sistema.</b>

<p>047 de 17 de enero de 2000</p>	<p>Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes en el sistema, deberán estar vinculados a la misma Entidad Promotora de Salud y los miembros del grupo familiar sólo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres de uno de los cónyuges siempre y cuando dependan económicamente de él y no se encuentren en ninguna de las situaciones descritas en el numeral 1 del artículo 30 del Decreto 806 de 1998, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de los cónyuges sea igual o superior al 150% de las unidades de pago por capitación correspondiente a los miembros del grupo familiar con derecho a ser inscritos incluyendo a los cónyuges y a los padres que se van a afiliar.</p> <p>En el evento en que los padres del otro cónyuge o compañero permanente también dependan económicamente de los cotizantes, éstos podrán inscribirlos en calidad de cotizante dependiente siempre y cuando cancelen un valor adicional conforme lo establece el presente decreto.</p> <p>Si uno de los cónyuges dejare de ostentar la calidad de cotizante, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando y los padres inscritos pasarán en forma automática a ostentar la calidad de adicionales y pagarán los valores correspondientes conforme lo establece el presente decreto.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud deberán realizar las acciones pertinentes para que los afiliados se ajusten a la presente disposición en un plazo que no excederá el 1° de marzo del año 2000.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Para todos los efectos contemplados en el presente decreto, cuando se aluda a las Entidades Promotoras de Salud, se entenderán incluidas todas aquellas entidades que se encuentran autorizadas para administrar el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Artículo 2. Régimen para los cotizantes dependientes.</b> Se establecen las siguientes reglas para los afiliados adicionales o cotizantes dependientes definidos en el artículo 40 del Decreto 806 de 1998:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sólo podrán incluir nuevos afiliados adicionales aquellos cotizantes que hubieran cancelado en forma oportuna y completa sus obligaciones al sistema durante el trimestre inmediatamente anterior a la inclusión del afiliado adicional.</li> <li>2. Cuando el afiliado cotizante incluya a un afiliado adicional e incurra en mora superior a treinta (30) días, el afiliado adicional será desafiliado. Para este efecto, se entiende que la representación del afiliado adicional está en cabeza del afiliado cotizante. Por ser la afiliación adicional inseparable de la afiliación del cotizante principal, el pago que se realice frente al afiliado adicional no tendrá valor si el afiliado cotizante no se encuentra al día con sus obligaciones.</li> <li>3. Los afiliados cotizantes a quienes se les hubiera cancelado su afiliación por falta de pago, sólo podrán afiliar personas adicionales, una vez transcurridos doce meses de pagos continuos contados a partir de la fecha de su reingreso al sistema.</li> <li>4. Los afiliados adicionales estarán sujetos a períodos mínimos de cotización, los cuales se contarán a partir de la fecha de su inclusión. Cuando se afilien adicionales con tratamientos en curso, sujetos a períodos mínimos de cotización</li> </ol>
---	---

es deber del afiliado cotizante cancelar en forma directa a la Entidad Promotora de Salud los recursos necesarios para costear íntegramente este tratamiento, hasta el momento en que cumpla con las semanas requeridas.

5. Por los afiliados, adicionales se deberá cancelar la Unidad de Pago por Capitación que corresponda a su grupo etéreo, el valor que el Consejo Nacional de Seguridad Nacional en Salud defina para promoción y prevención, más un 10% destinado este último porcentaje a la subcuenta de solidaridad.

6. No se podrán incluir como afiliados adicionales a personas que se encuentren afiliados al régimen subsidiado o a un régimen de excepción salvo que demuestren su desafiliación a dicho sistema o personas que tengan capacidad de pago. El cotizante que incurra en esta conducta deberá reembolsar todos los gastos en que hubiera incurrido la Entidad Promotora de Salud frente al afiliado adicional.

7. El afiliado cotizante que incurra en mora frente a los pagos continuos de su afiliado adicional, no podrá afiliar a nuevas personas adicionales durante los dos (2) años siguientes a la verificación de la conducta, manteniendo lo señalado en los numerales 1 y 3 del presente artículo.

8. No se podrán incluir como afiliados adicionales, por el mismo cotizante o su cónyuge o compañero permanente, aquellas personas que hubieran afiliado en calidad de adicionales durante los tres (3) años anteriores y respecto de las cuales no hubiera mantenido pagos continuos. El incumplimiento de esta disposición dará derecho a la cancelación inmediata de la afiliación.

9. Los pagos frente a los afiliados adicionales se deberán realizar en forma anticipada por períodos mensuales.

10. Los afiliados que pretendan afiliar personas adicionales deberán suscribir un título valor mediante el cual se obliguen a cancelar en forma ininterrumpida la suma correspondiente a la afiliación respectiva, hasta por un período mínimo de dos años.

Lo dispuesto en esta norma se aplicará a partir del 1° de marzo del año 2000, siendo deber de todos los afiliados adicionales vinculados al sistema ajustarse plenamente a sus previsiones a partir de la fecha mencionada.

**Artículo 3. Períodos mínimos de cotización.** Para el acceso a las prestaciones económicas se estará sujeto a los siguientes períodos mínimos de cotización:

1. Incapacidad por enfermedad general. Para acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad por enfermedad general, los trabajadores dependientes deberán haber cotizado ininterrumpidamente un mínimo de cuatro (4) semanas y los independientes veinticuatro (24) semanas en forma ininterrumpida, sin perjuicio de las normas previstas para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme las reglas de control a la evasión.

2. Licencias por maternidad. Para acceder a las prestaciones económicas derivadas de la licencia de maternidad la trabajadora deberá, en calidad de afiliada cotizante, haber cotizado ininterrumpidamente al sistema durante todo su período de gestación en curso, sin perjuicio de los demás requisitos previstos para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme las reglas de control a la evasión.

Lo previsto en este numeral se entiende sin perjuicio del deber del empleador de

cancelar la correspondiente licencia cuando exista relación laboral y se cotice un período inferior al de la gestación en curso o no se cumplan con las condiciones previstas dentro del régimen de control a la evasión para el pago de las prestaciones económicas con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. No habrá lugar a reconocimiento de prestaciones económicas por concepto de incapacidad por enfermedad general con cargo a los recursos del sistema general de seguridad social en salud, cuando éstas se originen en tratamientos con fines estéticos o sus complicaciones, los cuales se encuentran expresamente excluidos de los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 4. Información de la Entidad Promotora de Salud al afiliado cotizante.** Cuando se suspenda la prestación de servicios de salud por el no pago de las cotizaciones, la Entidad Promotora de Salud deberá informar al empleado cotizante o trabajador independiente este hecho indicándole su posible desafiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 58, literal a) del Decreto 806 de 1998.

Esta información deberá remitirse a través de correo certificado o cualquier otro correo legalmente autorizado, dirigido al último domicilio registrado en la Entidad Promotora de Salud.

**Artículo 8. Períodos mínimos de cotización y pérdida de la calidad de afiliado.** Para efecto de aplicar las normas sobre períodos mínimos de cotización y pérdida de la calidad de afiliado, se estará a las siguientes reglas adicionales:

1. La Entidad Promotora de Salud podrá mantener, como política de la entidad de manera general a todos sus afiliados, la calidad de afiliado hasta por seis (6) meses de no pago de la cotización del trabajador independiente o persona con capacidad de pago, preservando el cotizante los derechos de antigüedad frente al sistema. Para este efecto, la Entidad Promotora de Salud, a partir de la mora, suspenderá el servicio y comunicará al afiliado este hecho así como la fecha desde la cual se hará efectiva la desafiliación. La entidad promotora de salud tendrá derecho a causar las cotizaciones que reciba del trabajador, siempre que no aplique períodos mínimos de cotización o carencia una vez verificada la situación de mora o desafiliación.

2. Cuando se trate de trabajadores dependientes y la mora exceda de seis (6) meses o cuando la desafiliación se produzca, sin que hubieran transcurrido más de seis (6) meses desde este evento, el empleador y la entidad promotora de salud podrán celebrar acuerdos de pago con garantías mediante los cuales no se aplique la pérdida de antigüedad del sistema, siempre que se realicen los pagos completos del período integral de mora. La entidad promotora de salud realizará la compensación frente a la totalidad de cotizaciones recaudadas, siempre que respete la antigüedad de la totalidad de los trabajadores del correspondiente empleador. En ningún caso, conforme lo establece el parágrafo del artículo 210 de la Ley 100 de 1993, podrá condonarse o eximir al empleador del pago de los aportes adeudados por concepto de cotizaciones.

Durante el período del acuerdo de pago, la Entidad Promotora de Salud asumirá la prestación de los servicios de salud a los trabajadores comprendidos dentro del mismo aun cuando no hayan sido cancelados todos los aportes debidos, siempre y cuando se cancele oportunamente el mes corriente.

Cuando las Entidades Promotoras de Salud reconozcan los períodos de antigüedad en el sistema durante el período de suspensión o desafiliación, los intereses de mora que se causen por dichos períodos serán de su propiedad.

**Artículo 11. Ingreso base de cotización de los trabajadores independientes y personas con capacidad de pago.** De conformidad con lo establecido en el artículo 25 del Decreto 1406 de 1999, los trabajadores independientes cotizarán sobre el mayor valor que resulte entre la base que arroje el sistema de presunción de ingresos y su ingreso real.

Se entiende por ingreso real para efectos de fijar la base de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud del trabajador independiente o persona con capacidad de pago, el equivalente al 35% del promedio mensual de los ingresos totales recibidos durante el año anterior o cuando esto no sea posible sobre la suma que éste haya recibido durante la fracción de año correspondiente. Si el ingreso real es inferior al resultado que arroja la presunción de ingresos, se pagará sobre este último valor.

**Parágrafo.** Con el fin de garantizar la integralidad de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, por parte de los trabajadores que perciben ingresos tanto originados en una relación laboral o legal y reglamentaria, como ingresos en calidad de trabajadores independientes, integralidad establecida en los artículos 29 y 30 inciso final del Decreto 1406 de 1999, dichos trabajadores deberán suministrar la información relativa a la totalidad de los ingresos percibidos al momento de afiliarse a una EPS.

El trabajador que ostente simultáneamente la calidad de independiente y dependiente deberá pagar la totalidad de sus aportes a través del empleador, para lo cual otorgará a este autorización expresa en el formulario de afiliación para que efectúe los descuentos correspondientes. Será responsabilidad de dichos trabajadores mantener actualizada la información relativa a su situación de ingresos, siendo responsabilidad del empleador efectuar oportunamente los descuentos autorizados al igual que declarar y pagar la totalidad de los aportes que resulten exigibles de conformidad con las normas vigentes. El no pago de la totalidad del aporte ocasionará la suspensión de los servicios de salud por parte de la EPS.

El empleador deberá especificar el origen del aporte en el formulario de autoliquidación, o en un anexo según disposición conjunta de las Superintendencias Bancaria y de Salud.

El presente parágrafo desarrolla la disposición contenida en el segundo inciso del literal c) del artículo 16 del Decreto 1406 de 1999.

**Artículo 12. Ingreso base de cotización de las trabajadoras del servicio doméstico.** El ingreso base de cotización para el Sistema General de Seguridad

	<p>Social en Salud de las trabajadoras del servicio doméstico no podrá ser inferior al equivalente al 12% de un salario mínimo legal mensual vigente.</p> <p>Las trabajadoras del servicio doméstico que laboren con distintos patronos cotizarán por intermedio de todos ellos sobre el salario devengado con cada patrono sin que los aportes que deban cancelarse sean inferiores al equivalente al 12% de un salario mínimo mensual legal vigente. En estos eventos se podrá efectuar la afiliación y pago de cotizaciones por intermedio de entidades agrupadoras, conforme las disposiciones del Decreto 806 de 1998.</p> <p>Lo dispuesto en esta norma se aplicará a partir del 1° de marzo del año 2000, siendo deber de todos los empleadores ajustarse plenamente a sus previsiones a partir de la fecha mencionada. (Documento 6)</p>
<p>Decreto 1281 del 19 de junio de 2002</p>	<p><b>Artículo 8. Cotización de la población con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales.</b> Con el propósito de garantizar el recaudo y flujo oportuno de los recursos de las cotizaciones al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de las personas con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales, la cotización se determinará según el sistema de presunción de ingresos establecido en el parágrafo 2o. del artículo 204 de la Ley 100 de 1993 o por el valor de las UPC del cotizante y de su grupo familiar, más el aporte que deben realizar a las subcuentas de promoción y prevención y de solidaridad según el reglamento. (Documento 10)</p>
<p>Decreto 1703 de agosto 3 de 2002</p>	<p><b>Artículo 12. Fallecimiento del cotizante.</b> Cuando una entidad promotora de salud, EPS, haya compensado por un afiliado cotizante fallecido o su grupo familiar, deberá proceder a la devolución de las UPC así compensadas, en el período siguiente de compensación que corresponda a aquel en que se verificó la información sobre el fallecimiento.</p> <p>Los beneficiarios de un cotizante fallecido, tendrán derecho a permanecer en el Sistema en los mismos términos y por el mismo período que se establece para los períodos de protección laboral de acuerdo con las normas legales vigentes; en todo caso, comunicarán a la entidad promotora de salud, EPS, por cualquier medio sobre la respectiva novedad, en el mes siguiente al fallecimiento; de no hacerlo, cuando así se verifique, se procederá a su desafiliación y perderán la antigüedad en el Sistema.</p> <p>Cuando las novedades no hayan sido reportadas en debida forma por los beneficiarios del cotizante fallecido a la entidad promotora de salud, EPS, esta podrá repetir por los servicios prestados contra dichos beneficiarios; tales valores serán pagados debidamente indexados y con los intereses causados.</p> <p><b>Artículo 13. Manejo centralizado de la documentación.</b> Con el fin de garantizar adecuadamente el acceso, la movilidad y la desafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud podrá establecer el manejo centralizado de los documentos que acrediten la calidad e identificación de los cotizantes y beneficiarios o las entidades promotoras de</p>

salud, EPS, quienes podrán acordar entre ellas dicho manejo. Para tal efecto se establecerán o acordarán las reglas que regulen las siguientes materias:

1. Plazos dentro de los cuales deberá remitir la documentación la entidad promotora de salud, EPS, que adelante el proceso de afiliación.

2. Condiciones que deben cumplirse para la remisión de la documentación a la central de información.

3. Forma de conservación del documento.

4. Número que se asigna al titular sea cotizante o beneficiario, para efecto de construir un sistema de identificación único de usuarios de la seguridad social en salud que garantice la libre movilidad dentro del Sistema.

5. Aspectos operativos y administrativos que sean necesarios para garantizar que la afiliación al sistema tenga plenos efectos, así como la administración y operación que tendrá la central de documentación.

La entrega de documentos a la entidad promotora de salud, ante la cual se realice la afiliación, el traslado y las novedades, se entiende surtida frente al Sistema para los efectos legales, sin perjuicio de las responsabilidades que corresponden a las entidades promotoras de salud, EPS. La desafiliación no implicará la pérdida de la identificación asignada a cada afiliado o beneficiario.

**Artículo 23. Cotizaciones en contratación no laboral.** Para efectos de lo establecido en el artículo 271 de la Ley 100 de 1993, en los contratos en donde esté involucrada la ejecución de un servicio por una persona natural en favor de una persona natural o jurídica de derecho público o privado, tales como contratos de obra, de arrendamiento de servicios, de prestación de servicios, consultoría, asesoría y cuya duración sea superior a tres (3) meses, la parte contratante deberá verificar la afiliación y pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el evento en que el ingreso base de cotización no corresponda con el valor mensualizado del contrato, siempre que estén pactados pagos mensuales, el contratante deberá requerir al contratista para que justifique la diferencia. Si esta diferencia no tiene justificación válida, deberá descontar del pago de un (1) mes, lo que falte para completar el equivalente a la cotización del doce por ciento (12%) sobre el cuarenta por ciento (40%) del valor bruto del contrato, dividido por el tiempo de duración del mismo, en períodos mensuales, para lo cual se entiende que el 60% restante corresponde a los costos imputables al desarrollo de la actividad contratada. En ningún caso, se cotizará sobre una base inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las sumas descontadas se entregarán a la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encuentre afiliado el contratista, junto con un documento en el que se ponga en conocimiento la situación para que la EPS revise la presunción de ingresos del contratista y este deba efectuar la autoliquidación de aportes sobre el nuevo ingreso.

En el evento en que los pagos no sean mensuales y no exista justificación válida de la diferencia, el contratante deberá informar tal circunstancia a la entidad promotora de salud, EPS, a la cual se encuentre afiliado el contratista, para que dicha entidad le revise la presunción de ingresos.

	<p>Para los efectos del presente artículo se entiende por "valor bruto", el valor facturado o cobrado antes de aplicarle los recargos o deducciones por impuestos o retenciones de origen legal.</p> <p>En los contratos de vigencia indeterminada, el Ingreso Base de Cotización será el equivalente al cuarenta por ciento (40%) del valor bruto facturado en forma mensualizada.</p> <p><b>Artículo 24. Base de Cotización para trabajadores con jornada laboral inferior a la máxima legal.</b> Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 65 del Decreto 806 de 1998, para la afiliación de trabajadores dependientes cuya jornada de trabajo sea inferior a la máxima legal y el salario devengado sea inferior al mínimo legal mensual vigente, se deberá completar por el empleador y el trabajador en las proporciones correspondientes, el aporte en el monto faltante para que la cotización sea igual al 12% de un salario mínimo legal mensual. Lo anterior sin perjuicio de lo establecido legalmente para las empleadas del servicio doméstico.</p> <p><b>Artículo 37. Pagos no válidos.</b> Los pagos que realice el empleador o trabajador a una entidad o persona diferente de una Entidad Promotora de Salud debidamente autorizada no tendrá efecto frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud y no exonera al empleador o trabajador de su obligación frente al Sistema. Esto sin perjuicio de las responsabilidades legales de la entidad o persona que reciba recursos parafiscales sin la debida autorización. (Documento 7)</p>
--	--

**c. Jurisprudencia  
Cotizaciones**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Sentencia T-437 del 10 de septiembre de 1997</p>	<p>Magistrado Ponente: Dr. José Gregorio Hernández Galindo Demandante: Honorio Ospina Martínez</p> <p><b>Problema Jurídico:</b> Acción de tutela promovida por Honorio Ospina Martínez contra "SALUD TOTAL", Empresa Promotora de Salud y, al momento de ejercer la acción de tutela su hija -afiliada a dicha entidad- se encontraba a paz y salvo en ella por concepto de los correspondientes aportes.</p> <p>Desde septiembre de 1996 le fue descubierta una enfermedad en las masas blandas de la parte cervical del lado izquierdo del cuello, afección denominada "linfoma", que ha venido evolucionando desfavorablemente.</p> <p>El paciente requiere tratamiento cada mes, en radioterapia, pero la compañía demandada no ha querido asumir los costos correspondientes.</p> <p>El actor estimó amenazado su derecho a la vida y pidió la protección judicial por cuanto, a su juicio, tal amenaza proviene directamente de la actitud asumida por "SALUD TOTAL".</p>

### **Consideraciones de la Corte Constitucional**

Debe reiterarse aquí lo afirmado en Sentencia T-250 del 27 de mayo de 1997:

"La Corte considera que si alguien tiene derecho a la prestación de los servicios inherentes a la seguridad social, a cargo de una entidad pública o privada, en razón de estar cubierto por el Sistema General de Seguridad en Salud -tal es el caso del demandante, según lo probado-, sufren grave amenaza sus derechos fundamentales a la salud y a la vida, cuando, por fuera de la ley, se le hacen valer preexistencias o se condiciona la prestación del servicio al tiempo de vinculación con determinada empresa promotora de salud.

Debe declararse al respecto que, según resulta de la preceptiva consagrada en la Ley 100 de 1993, la persona se afilia al sistema, no a una de las entidades integrantes del mismo y, por tanto, cuando, en los casos extraordinarios en que lo autoriza ese estatuto, haya de tenerse la antigüedad o el número de semanas cotizadas para tener derecho a determinada prestación, debe contarse el tiempo de vinculación al sistema y no el de cotización a la empresa de salud específicamente considerada.

En materia de preexistencias, ya la Corte, en Sentencia T-533 del 15 de octubre de 1996, dejó en claro que, tratándose de entidades de medicina prepagada, no pueden hacerse oponibles a los usuarios, a menos que estén expresa, clara y completamente previstas en el texto del contrato o en un anexo a él, suscrito desde el momento de la vinculación, con base en el examen que debe efectuarse pues, de lo contrario, la entidad prestadora del servicio tiene la obligación de responder por los tratamientos, intervenciones, medicamentos, hospitalización y demás elementos necesarios para la preservación de la salud del afiliado y de los beneficiarios del contrato.

En el caso estudiado por la Corte en la citada sentencia, el tratamiento que requería el paciente y que la E.P.S. le negaba no podía considerarse de alto costo y, por tanto, su régimen era el general, que proscribía toda preexistencia y que, por lo mismo, obliga a la entidad prestadora del servicio a asumir en su totalidad el cubrimiento respectivo.

Alegó, en cambio, la compañía demandada en este proceso -y así lo aceptó la Corte Suprema de Justicia- que el caso del paciente OSPINA se ubicaba en la excepción plasmada por la norma legal, es decir, que por tratarse de una enfermedad de alto costo, calificada de ruinoso, el acceso a la prestación de los servicios correspondientes estaba sujeto a un período mínimo de cotización desde el momento de afiliación al sistema, por lo cual negó el cargo económico correspondiente.

En efecto, como ya se dijo, tal distinción resulta de la Ley 100 de 1993, pero es evidente el carácter excepcional de la hipótesis en la cual deba el afiliado haber cotizado un mínimo de semanas para tener derecho a la totalidad de los servicios propios del plan obligatorio de salud.

Es justamente tal condición excepcional la que exige interpretación restrictiva del precepto, pues, a juicio de la Sala, no pueden ser las entidades prestadoras del servicio -las E.P.S.- las que decidan unilateralmente o mediante la

	<p>imposición de cláusulas contractuales ajenas a la normatividad cuáles son las enfermedades de alto costo, ni tampoco las que establezcan los niveles mínimos de cotización requeridos para cada una de ellas.</p> <p>En otras palabras, para la Corte es claro que, si el afiliado tiene derecho a la plena certidumbre y transparencia acerca del régimen que le es aplicable, no es permitido a las empresas promotoras de salud imponerle, aun tratándose de enfermedades de alto costo, el número máximo de semanas de cotización en todos los casos. Vulneran entonces los derechos a la salud y a la seguridad social de la persona, y pueden poner en peligro su vida, especialmente en las hipótesis de enfermedades tan graves como el cáncer.</p> <p>No obstante, para dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 164 de la Ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud -a la cual corresponde, de conformidad con lo previsto en el artículo 233 ibídem, "emitir las órdenes necesarias para que se suspendan de inmediato prácticas ilegales o no autorizadas y se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento"; "velar porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen, de suerte que les permita, a través de elementos de juicio claros y objetivos, escoger las mejores opciones del mercado"; e "inspeccionar y vigilar a las entidades promotoras de salud en los términos previstos en la presente Ley y en las demás normas que regulan la estructura y funciones de la Superintendencia", además de "resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencias en el sector salud"- definirá el número de semanas que según las reglas vigentes, hacían falta cotizar en el caso bajo examen para tener derecho al cubrimiento integral.</p> <p><b>Resuelve:</b>  <b>Primero.-</b> Revocase el fallo de segunda instancia, proferido por la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, que negó la tutela impetrada, y en su lugar Confirmase el dictado por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales.  <b>Segundo.-</b> No obstante, Adicionase dicha sentencia en el sentido de que la compañía demandada podrá solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud, después de efectuada la operación al accionante, indicar el número de semanas que, según las normas aplicables, hacía falta cotizar a la afiliada, en los términos del artículo 164 de la Ley 100 de 1993.  <b>Tercero.-</b> Dese cumplimiento a lo previsto en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991  <i>(Documento 11)</i></p>
<p>Sentencia C-177 de 4 de mayo de 1998</p>	<p>Magistrado Ponente: Dr. Alejandro Martínez Caballero.  Normas acusadas: Artículos 33 (parcial) y 209 de la Ley 100 de 1993.  <b>Problema Jurídico:</b>  Según la demandante, el artículo 33 parcialmente acusado desconoce los artículos 83 y 49 de la Constitución y el artículo 209 de la Ley 100 de 1993 transgrede el 48 y 365 superiores. Afirma, que la primera norma no exige la cotización sino el traslado del aporte al sistema de seguridad social en pensiones, por lo que el beneficio de la pensión queda sometido a la diligencia del empleador y no a los aportes efectivamente descontados, los que de buena</p>

fe realiza el trabajador con el convencimiento de que se efectúa el pago. Por ello, la actora afirma que "si el empleador no hace el giro de las cotizaciones que ha retenido con cargo a la remuneración del empleado, es el Estado, en respeto del principio de la buena fe, el que debe responderle al trabajador por la pensión."

Para complementar el anterior argumento, la ciudadana cita varias sentencias de la Corte Constitucional, en materia de salud, a partir de las cuales concluye que "en el evento en que se tenga derecho al otorgamiento de una pensión donde se comprometa el concepto de mínimo vital, es más que evidente que si al trabajador se le han hecho los descuentos correspondientes, debe tener derecho a que se le otorgue la prestación, por cuanto la mora del empleador no le puede ser imputable."

### **Consideraciones de la Corte Constitucional**

En consecuencia, el problema constitucional que se plantea es si constitucionalmente la entidad que presta la seguridad social a la que está afiliado un trabajador dependiente se exonera de la responsabilidad de otorgar el derecho a la pensión de jubilación o de vejez, y de facilitarles los servicios de salud, a trabajadores a quienes efectivamente les fueron realizados los descuentos que se exigen por la ley para cotizar al sistema, pero que, a pesar de ello las cuotas nunca se recibieron en la entidad, por razones no imputables al propio empleado.

En ese orden de ideas, la Corte entiende que en principio la regla prevista por la norma impugnada, según la cual la falta de pago de la cotización implica la suspensión de los servicios por parte de la EPS es válida, por cuanto de todos modos el patrono responde por las prestaciones de salud y el Legislador tiene una amplia libertad para regular la materia. Sin embargo, en determinados casos, y si está de por medio un derecho fundamental, y el juez considera que no es posible que el patrono preste el servicio de salud necesario para evitar un perjuicio irremediable, puede ser procedente que se ordene a la EPS, como lo ha hecho la Corte en algunas de sus decisiones de tutela, que atienda al trabajador y repita contra el patrono que ha incumplido.

Igualmente, la Corte también considera que en aquellos eventos en que se verifique que es verdaderamente imposible que el patrono que ha incurrido en mora pueda responder por las prestaciones de salud, la aplicación de la norma puede resultar inconstitucional incluso si no está en juego un derecho fundamental, ya que en tal caso habría una restricción desproporcionada del derecho a la salud del trabajador, pues éste habría cotizado las sumas exigidas por la ley, y sin embargo no puede reclamar los servicios a que tiene derecho. Por ende en tales eventos, la Corte considera que también podría el trabajador exigir la prestación sanitaria a la EPS, la cual podrá repetir contra el patrono.

Esto muestra pues que la norma acusada es exequible en el entendido de que mantiene una responsabilidad subsidiaria de las EPS a fin de proteger el derecho a la salud del trabajador, frente a la responsabilidad primaria que recae en el patrono. Esta responsabilidad originaria del empleador en caso de mora encuentra fundamento no sólo en elementales principios de responsabilidad sino en la propia Carta. En efecto, el artículo 53, que regula los principios

mínimos del derecho laboral, señala que se debe garantizar al trabajador la seguridad social. Se entiende entonces que esa norma constitucional, que se proyecta esencialmente en el ámbito de las relaciones entre patrono y empleado, está estableciendo que el responsable primario de garantizar la seguridad social de los trabajadores es el propio patrono, lo cual armoniza con el sistema diseñado por la Ley 100 de 1993, según la cual éste tiene a su cargo la obligación de afiliar a sus trabajadores al sistema. Por ende, en caso de incumplimiento de este deber legal "aquellos asumen directamente la responsabilidad de prestar el servicio" (artículo 161 de la Ley 100 de 1993).

Finalmente, la Corte entiende que en situaciones de mora patronal, esta obligación de prestar los servicios de salud, ya sea directamente y en forma primaria por el patrono, o subsidiariamente por las EPS en determinados eventos, cubre también al grupo familiar del trabajador. En efecto, la especial protección constitucional que se le brinda al núcleo familiar (CP arts 5º y 42) impone al Estado y a la sociedad la garantía de su protección integral. Por ello es natural que, en desarrollo de ese mandato, se establezca que los beneficios que se establecen para el trabajador afiliado a los sistemas se aplican también a su familia, tal y como lo señala el artículo 163 de la Ley 100 de 1993, que dispuso que el plan de salud obligatorio de salud tendrá cobertura familiar. Por ende, si la mora patronal acarrea la suspensión de los servicios de salud para la familia del trabajador, es natural que el patrono deba primariamente también responder por tales servicios, pero que, por la responsabilidad compartida, las EPS deban, en los casos mencionados en los anteriores fundamentos de esta sentencia, responder subsidiariamente.

Finalmente, y contrariamente a lo sostenido por uno de los intervinientes, tampoco encuentra esta Corporación que impliquen una violación a la igualdad las anteriores consideraciones, que están destinadas exclusivamente a asegurar las prestaciones de salud, ya sea primariamente por el patrono o subsidiariamente por la EPS, al trabajador que efectivamente cotizó, pero el empleador no transfirió esa cotización y no cumplió con su parte. En efecto, en este caso el punto de comparación para realizar el juicio de igualdad no es, como equivocadamente lo señalan los intervinientes, entre los empleadores que acatan sus obligaciones o quienes las incumplen, sino entre los trabajadores que realizan los aportes cuyo empleador realiza la transferencia y a quienes no, como quiera que las consecuencias jurídicas que se imponen en la norma acusada no son para los empleadores sino para los trabajadores. Por ende, no viola la igualdad sino que por el contrario la realiza que el juez constitucional asegure las mismas prestaciones sanitarias a trabajadores que han cumplido en la misma forma con su deber de contribuir a la financiación del sistema pagando su respectiva cotización.

**Resuelve:**

**Primero.-** Declarar exequible el segundo inciso del párrafo primero del artículo 33 de la Ley 100 de 1993, que en su tenor dispone "en los casos previstos en los literales c) y d), el cómputo será procedente siempre y cuando el empleador o la caja, según el caso, trasladen, con base en el cálculo actuarial, la suma correspondiente al trabajador que se afilie, a satisfacción de la entidad administradora", en el entendido de que, en los términos de esta sentencia, es deber de las autoridades de control, y en especial de la

	<p>Superintendencia Bancaria y de la Superintendencia de Sociedades, según el caso, actuar de inmediato para evitar que las dificultades económicas de las entidades previsionales del sector privado y de las empresas que reconocen y pagan pensiones puedan afectar el derecho de los trabajadores a acumular las semanas y los periodos laborados ante distintos patronos; y que el trabajador puede exigir al empleador o a la caja, según el caso, el traslado, con base en el cálculo actuarial, de la sumas anteriormente cotizadas, las cuales deberán ser recibidas, salvo justa causa, por la entidad administradora a la cual se afilie, siendo procedente la tutela si se puede ver afectado el mínimo vital, la igualdad o el debido proceso.</p> <p><b>Segundo.-</b> Declarar exequible el artículo 209 de la Ley 100 de 1993, en los casos que se aplique a los afiliados al sistema contributivo no vinculados a través de relación de trabajo. En relación con los asalariados y servidores públicos, la norma ese EXEQUIBLE pero en los términos señalados en los fundamentos 25, 29, 30, 31, 33 y 34 de esta sentencia.</p> <p><i>(Documento 12)</i></p>
--	--

### 1.3 PLANES DE BENEFICIOS

#### a. Leyes

#### Planes de Beneficios

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 de 23 de diciembre de 1993	<p><b>Artículo 164. Atención básica.</b> El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el plan obligatorio de salud de esta ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquéllas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.</p> <p>La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.</p> <p><b>Artículo 165. Atención materna infantil.</b> El plan obligatorio de salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.</p> <p>El plan obligatorio de salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencia,</p>

	<p>incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar, de conformidad con lo previsto en la presente ley y sus reglamentos.</p> <p>Además del plan obligatorio de salud, las mujeres en estado de embarazo y las madres de los niños menores de un año del régimen subsidiado recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con cargo a éste.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Para los efectos de la presente ley, entiéndase por subsidio alimentario la subvención en especie, consistente en alimentos o nutrientes que se entregan a la mujer gestante y a la madre del menor de un año y que permiten una dieta adecuada.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Gobierno Nacional organizará un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país. Se dará con prioridad al área rural y a las adolescentes. Para el efecto se destinarán el 2% de los recursos anuales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el 10% de los recursos a que se refiere el parágrafo 1º del artículo 10 de la Ley 60 de 1993 y el porcentaje de la subcuenta de promoción del fondo de solidaridad y garantía que defina el Gobierno Nacional previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos de ejecución del programa. La parte del programa que se financie con los recursos del ICBF se ejecutará por este mismo instituto.</p> <p><b>Artículo 167. Atención inicial de urgencias.</b> La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el fondo de solidaridad y garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud a la cual esté afiliado, en cualquier otro evento.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el Gobierno Nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Artículo 168. Planes Complementarios.</b> Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan de Salud Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente ley.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional. (Documento 2)</p>
--	---

**b. Decretos**  
**Planes de beneficios**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto 806	<b>Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación.</b> El presente decreto tiene por objeto

de 30 de  
abril de  
1998

reglamentar la seguridad social en salud, en todo el territorio nacional, tanto como servicio público esencial como servicio de interés público a cargo de particulares o del propio Estado, el tipo de participantes del sistema, la afiliación al régimen de seguridad social en salud y los derechos de los afiliados.

En consecuencia, obliga a todas las entidades públicas, privadas, mixtas o de economía solidaria debidamente autorizadas para participar en el sistema general de seguridad social en salud garantizando la prestación o prestando uno o varios de los beneficios de que trata el presente decreto, así como a la población afiliada y vinculada al sistema.

**Artículo 2. Definición.** En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

Al Estado le corresponde garantizar este conjunto de beneficios en forma directa o a través de terceros con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud. Estos se agrupan en cinco tipos de planes diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de petición en el sistema, esto es como afiliado cotizante, como afiliado beneficiario, como afiliado subsidiado, o como vinculado al sistema general de seguridad social en salud.

**Artículo 3 .De los tipos de planes.** En el sistema general de seguridad social en salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:

1. Plan de atención básica en salud, PAB.
2. Plan obligatorio de salud del régimen contributivo, POS.
3. Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, POSS.
4. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
5. Atención inicial de urgencias.

**Artículo 4. Plan de atención básica, PAB.** Es un plan cuyos contenidos son definidos por el Ministerio de Salud en desarrollo del artículo 49 de la Constitución Política, es de carácter obligatorio y gratuito, dirigido a todos los habitantes del territorio nacional, prestado directamente por el Estado y sus entidades territoriales o por particulares mediante contrato con el Estado.

**Artículo 5. Obligación de los entes territoriales.** Es responsabilidad y obligación del gobierno a través del Ministerio de Salud y los entes territoriales del orden departamental, distrital y municipal, la financiación, planeación, ejecución y control del plan de atención básica en salud, PAB. Para su ejecución podrán contratar, entre otras, con las entidades promotoras de salud, EPS, las cajas de compensación familiar, CCF, las instituciones prestadoras de salud, IPS, las comunidades y las empresas solidarias de salud, ESS.

El plan de atención básica, PAB, deberá ser diseñado, adoptado y asumido por las entidades territoriales en el plan local y en el plan de desarrollo.

**Artículo 6. Financiación.** La prestación de las actividades, intervenciones y

	<p>procedimientos definidos en el plan de atención básica en salud será financiada con recursos del situado fiscal destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, con los recursos fiscales derivados de los programas nacionales del Ministerio de Salud y con recursos que para el efecto destinen los departamentos, distritos y municipios.</p> <p><b>Artículo 16. Atención inicial de urgencias.</b> El sistema general de seguridad social en salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención inicial de urgencias. El costo de los servicios será asumido por la entidad promotora de salud o administradora del régimen subsidiado a la cual se encuentre afiliada la persona o con cargo al Fosyga en los eventos descritos en el artículo precedente. (Documento 5)</p>
--	--

**c. Jurisprudencia  
Planes de Beneficios**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Sentencia C-112 de 25 de marzo de 1998</p>	<p><b>Magistrado ponente:</b> Dr. Olga Lucia Abril  <b>Demandante:</b> OLGA LUCIA ABRIL, presenta, en forma separada, demandas contra el inciso segundo del artículo 164 y el inciso primero, parcial, del artículo 169 de la ley 100 de 1993, por infringir el primero de los citados los artículos 48, 49 y 365 y el segundo, el artículo 83 del Estatuto Superior.</p> <p><b>Problema Jurídico</b>  Si la medicina prepagada es un servicio público a cargo del Estado, considera la demandante que "la responsabilidad de su financiación tomando recursos diferentes de la cotización obligatoria resulta improcedente. La medicina prepagada por ser un servicio público debe correr por cuenta del Estado bien a cargo de las contribuciones especiales con cargo a la nómina o bien con cargo a los recursos fiscales. Si la Corte ha considerado que en la medicina prepagada se desarrolla el servicio público de la salud, mal puede obligársele al individuo a hacer un pago doble para el cubrimiento de sus derechos a la seguridad social..... resulta claro que la medicina prepagada se ha convertido por vía de aplicación de la normativa expuesta, en un plan plenamente sustituto del plan obligatorio de salud que, por ende, debe poder ser financiado con cargo a la cotización obligatoria o, en caso contrario, con cargo a los recursos del Estado, que es a quien le corresponde garantizar, en desarrollo del principio de universalidad, que todos los colombianos tengan medicina prepagada, conforme se ha interpretado por la Corte al ordenar dar aplicación al artículo 4o. de la ley 100 de 1993 y al referir la universalidad como principio aplicable a la medicina prepagada.</p> <p><b>Consideraciones de la Corte Constitucional</b>  Al regular el Plan Obligatorio de Salud en el régimen contributivo, el legislador consagró en el artículo 164 de la Ley 100/93 las denominadas "preexistencias", estableciendo en el inciso primero que las Entidades Promotoras de Salud no podrán aplicarlas a sus afiliados. Y en el inciso segundo, que es objeto de</p>

demanda, prescribe que el acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder de 100 semanas de afiliación al sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario, que se establecerá de acuerdo con su capacidad socioeconómica. Precepto que la demandante considera inconstitucional valiéndose de algunas de las argumentaciones que expuso esta Corporación en la sentencia T-307/97, las cuales traslada al presente caso, sin tener en cuenta las características específicas de la situación que allí se resolvía. Veamos:

En la sentencia precitada la Corte resolvió un caso particular y concreto, derivado de un contrato celebrado por la accionante en tutela con una entidad de medicina prepagada, que se negaba a prestarle los servicios de salud por considerar que la enfermedad que aquejaba a la beneficiaria existía con anterioridad a la fecha de suscripción del contrato. Reiterando su jurisprudencia, la Corte Constitucional señaló que a "las entidades de medicina prepagada, les está vedado oponer a los usuarios preexistencias que no estén expresa, clara y completamente previstas en el texto del contrato, suscrito desde el momento de la vinculación, con base en el examen previo que debe efectuarse, pues de lo contrario, la entidad prestadora del servicio tiene la obligación de responder por los tratamientos, intervenciones, medicamentos, hospitalización y demás elementos necesarios para la preservación de la salud del afiliado y de los beneficiarios del contrato."

Así las cosas, cuando el usuario del Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, requiera atención médica por una enfermedad cuyo tratamiento sea de alto costo, y no cumpla con el período mínimo de cotización, debe ser atendido por la entidad de salud a la que esté afiliado, pero con la condición de que pague una suma determinada por los servicios prestados, que según la norma antes transcrita es "el porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados" en ese mismo artículo. No se olvide que el usuario pertenece al régimen contributivo y, por tanto, se presume su capacidad de pago. Pero ¿qué ocurre cuando se presentan casos de urgencia?. En estos eventos, la misma ley 100/93 en su artículo 168, obliga a todas las entidades de salud de carácter público o privado, a prestar los servicios médicos correspondientes a todas las personas independientemente de su capacidad de pago. El costo de estos servicios está a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía o de la Entidad Promotora de Salud a la que esté afiliado el usuario, respectivamente.

Entonces, bien puede afirmarse que ante situaciones de urgencia no es posible oponer períodos mínimos de cotización pues su exigencia violaría los derechos a la salud y a la vida de las personas que, padeciendo de una enfermedad que requiere tratamiento de "alto costo", necesiten de atención médica y hospitalaria en forma inmediata. Los períodos de espera en esas situaciones constituyen un riesgo para la salud y ponen en peligro la vida de los usuarios.

Este precepto legal se refiere a los planes complementarios de salud, así: "Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan

de Salud Obligatorio de salud (sic), que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos de las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente ley", siendo el aparte subrayado el demandado.

Considera la Corte pertinente anotar que el artículo que hoy se acusa parcialmente, fue objeto de pronunciamiento anterior por parte de esta Corporación en la sentencia C-663/96, pero únicamente en cuanto "al cobijar por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los trabajadores independientes con capacidad de pago, no desconoció el derecho de ellos a la autonomía y al libre desarrollo de su personalidad". En consecuencia, procede el análisis de constitucionalidad por motivos distintos de los enunciados, como los que se invocan en el presente caso.

Los Planes de Atención Complementaria en Salud son "conjuntos de servicios de salud contratados mediante la modalidad de prepago que garantiza la atención en el evento de requerirse actividades, procedimientos o intervenciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud o que garantizan condiciones diferentes o adicionales de hotelería o tecnología o cualquiera otra característica en la prestación de un servicio incluido en el POS y descrito en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, que podrán ser ofrecidos por las EPS o por las entidades que sin convertirse en EPS deseen hacerlo, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en la normatividad vigente para las empresas de medicina prepagada."

El Plan Complementario, como su nombre lo indica, es adicional al Plan Obligatorio de Salud POS y, puede ser adquirido en forma discrecional por quien esté interesado en hacerlo, pues la ley no lo consagra como imperativo legal sino como opción a la que puede recurrir en forma libre y voluntaria el afiliado al Plan Obligatorio. No se olvide que, de acuerdo con lo dispuesto en la ley 100 de 1993, sólo pueden tener plan complementario de salud quienes tengan el plan obligatorio.

Si es potestativo del interesado contratar un Plan Complementario de Salud, con el fin de obtener servicios adicionales o mejores condiciones de hotelería, tecnología, etc, de los que le puede suministrar la entidad a la que está afiliado según el Plan Obligatorio de Salud, resulta apenas obvio, que su costo sea asumido por quien lo contrata.

Sobre tales planes dijo la Corte que "Se trata de dos relaciones jurídicas distintas, una derivada de las normas imperativas propias de la seguridad social (plan obligatorio) y otra proveniente de la libre voluntad del afiliado (plan complementario), quien, con miras a mejorar la calidad de los servicios que recibe de la EPS, resuelve incurrir en una mayor erogación, a su costa y por encima del valor de las cuotas a las que legalmente está obligado, para contratar la medicina prepagada a manera de plan de salud complementario del básico."

La salud, como lo ha reiterado la Corte, está catalogada como un derecho prestacional y "el ejercicio de los derechos prestacionales consagrados en la Constitución, se subordina a la existencia de los recursos fiscales necesarios para la prestación de los servicios correspondientes, así sea parcial y

	<p>progresivamente. Por esta razón, los recursos disponibles deben usarse en forma racional y equitativa."</p> <p>Para concluir, cabe agregar que el principio constitucional de "universalidad" que rige la seguridad social se relaciona con la garantía de protección a todas las personas, sin discriminación alguna. Es decir, que los servicios de salud deben cubrir a toda la población, como en efecto ocurre en el sistema de seguridad social contenido en la ley 100 de 1993, que ampara a todos los habitantes del país tengan o no capacidad de pago.</p> <p><b>Resuelve:</b>  <b>Primero:</b> Declarar Exequible el inciso segundo del artículo 164 de la ley 100 de 1993  <b>Segundo:</b> Declarar Exequible el aparte acusado del artículo 169 de la ley 100 de 1993, que prescribe: "...que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente ley."  <i>(Documento 13)</i></p>
--	---

#### 1.4 PLAN OBLIGATORIO DE SALUD P.O.S

##### a. Leyes

##### Plan Obligatorio de Salud P.O.S

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 de 23 de diciembre de 1993	<p><b>Artículo 162. Plan de salud obligatorio.</b> El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.</p> <p>Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del plan obligatorio de salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud será el contemplado por el Decreto-Ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el plan obligatorio de salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo 188 de la presente ley.</p> <p>Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo, en forma progresiva antes del año 2001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del</p>

segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

**Parágrafo 1.** En el período de transición, la población del régimen subsidiado obtendrá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los de los hospitales privados con los cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios.

**Parágrafo 2.** La Superintendencia Nacional de Salud verificará la conformidad de la prestación del plan obligatorio de salud por cada entidad promotora de salud en el territorio nacional con lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Gobierno Nacional.

**Parágrafo 3.** Toda entidad promotora de salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo.

**Parágrafo 4.** Para la prestación de los servicios del plan obligatorio de salud, todas las entidades promotoras de salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. El Gobierno Nacional, sin perjuicio del sistema que corresponde a las entidades territoriales, establecerá las normas.

**Artículo 162. La Cobertura Familiar.** El Plan de Salud Obligatorio de Salud tendrá cobertura familiar. Para estos efectos, serán beneficiarios del Sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.

**Parágrafo 1.** El Gobierno Nacional reglamentará la inclusión de los hijos que, por su incapacidad permanente, hagan parte de la cobertura familiar.

**Parágrafo 2.** Todo niño que nazca después de la vigencia de la presente ley quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la Entidad Promotora de Salud la Unidad de Pago por Capitación correspondiente, de conformidad con lo previsto en el artículo 161 de la presente ley.

**165. Atención Materno Infantil.** El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del postparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

El Plan Obligatorio de Salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de

	<p>urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar, de conformidad con lo previsto en la presente ley y sus reglamentos.</p> <p>Además del Plan Obligatorio de Salud, las mujeres en estado de embarazo y las madres de los niños menores de un año del régimen subsidiado recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con cargo a éste.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Para los efectos de la presente ley, entiéndase por subsidio alimentario la subvención en especie, consistente en alimentos o nutrientes que se entregan a la mujer gestante y a la madre del menor de un año y que permiten una dieta adecuada.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Gobierno Nacional organizará un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país. Se dará con prioridad al área rural y a las adolescentes. Para el efecto se destinarán el 2% de los recursos anuales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el 10% de los recursos a que se refiere el parágrafo 1o. del artículo 10o. de la ley 60 de 1993 y el porcentaje de la subcuenta de promoción del fondo de solidaridad y garantía que defina el Gobierno Nacional previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El gobierno nacional reglamentará los procedimientos de ejecución del programa. La parte del programa que se financie con los recursos del ICBF se ejecutará por este mismo instituto. <i>(Documento 2)</i></p>
<p>Ley 361 del 18 de septiembre de 1997.</p>	<p><b>Artículo 18.</b> Toda persona con limitación que no haya desarrollado al máximo sus capacidades, o que con posterioridad a su escolarización hubiere sufrido la limitación, tendrá derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar sus óptimos niveles de funcionamiento psíquico, físico, fisiológico, ocupacional y social.</p> <p>Para estos efectos el Gobierno Nacional a través de los ministerios de Trabajo, Salud y Educación Nacional, establecerá los mecanismos necesarios para que los limitados cuenten con los programas y servicios de rehabilitación integral, en términos de readaptación funcional, rehabilitación profesional y para que en general cuenten con los instrumentos que les permitan autor realizarse, cambiar la calidad de sus vidas y a intervenir en su ambiente inmediato y en la sociedad.</p> <p>Lo anterior sin perjuicio de las obligaciones en materia de rehabilitación establecidas en el plan obligatorio de salud para las empresas promotoras de salud y para las administradoras de riesgos profesionales cuando se trate de limitaciones surgidas por enfermedad profesional o accidentes de trabajo. <i>(Documento 12)</i></p>

**b. Decretos  
P.O.S**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto 1070 del 23 de junio de 1995	<p><b>Artículo 4.</b> Las entidades promotoras de salud, podrán continuar ofreciendo el plan obligatorio de salud del régimen contributivo a los trabajadores independientes que venían cotizando sobre un ingreso entre uno y dos salarios mínimos mensuales legales vigentes, que se hubieren afiliado con anterioridad al 20 de abril de 1995.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud establecerá el sistema de presunción de ingresos para los trabajadores independientes, el cual deberá ser utilizado por las entidades promotoras de salud para determinar la base de cotización. <i>(Documento 14)</i></p>
Decreto 806 de Abril 30 1998	<p><b>Artículo 7. Plan Obligatorio de Salud. POS.</b> Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que está obligada a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Entidades Adaptadas, EAS, debidamente autorizadas, por la Superintendencia Nacional de Salud o por el Gobierno Nacional respectivamente, para funcionar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.</p> <p>A través de este plan integral de servicios y con sujeción a lo establecido en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, se debe responder a todos los problemas de salud conforme al manual de intervenciones, actividades y procedimientos y el listado de medicamentos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas podrán incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada.</p> <p><b>Artículo 8. Financiación.</b> Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas garantizarán la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del Régimen Contributivo en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia, con cargo a los recursos que les reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de la Unidad de Pago por Captación, UPC, las cuotas moderadoras y los copagos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Parágrafo.</b> En los casos de mora el empleador o el pagador de la pensión, responsable, deberá asumir directamente el costo de las prestaciones</p>

económicas y las incluidas en el POS, sin perjuicio de su obligación de cancelar la totalidad de las cotizaciones atrasadas al sistema.

**Artículo 9. Criterios para la elaboración del plan.** Para la inclusión de actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos en el Plan Obligatorio de Salud, se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. El conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y guías de atención que se incluya deberá ser seleccionado con criterios de costo-efectividad, orientado a la solución de las enfermedades de acuerdo con el perfil de morbilidad y con las condiciones de tecnología existentes en el país.
2. Las actividades, intervenciones, procedimientos médicos, medicamentos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos deberán estar aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.
3. Las actividades, intervenciones, medicamentos y procedimientos médicos incluidos deberán cumplir con los criterios de eficacia comprobada para resolver o mejorar las condiciones generadas por la enfermedad y de seguridad, para evitar o reducir el riesgo a los pacientes, a su familia, al personal de la salud y a la comunidad en general.

**Parágrafo.** Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

**Artículo 10. Exclusiones y limitaciones.** Con el objeto de cumplir con los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia consagrados en la Constitución Política, el Plan Obligatorio de Salud tendrá exclusiones y limitaciones, que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral que expresamente defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, o sean el resultado de complicaciones de estos tratamientos o procedimientos.

En ningún caso se financiarán con cargo a los recursos del sistema, actividades, procedimientos, medicamentos o intervenciones de carácter experimental o no aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

**Artículo 11. Condiciones de acceso.** Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del plan obligatorio de salud, se consideran como indispensables y de tránsito obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica del primer nivel de atención. Para el tránsito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el

	<p>procedimiento de remisión. Se exceptúan de lo anterior solamente las atenciones de urgencia y pediatría.</p> <p>Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiera periódicamente de servicios especializados podrá acceder directamente al especialista sin hacer el tránsito por medicina general.</p> <p><b>Artículo 12. Copagos y cuotas moderadoras.</b> Las condiciones para la prestación del Plan Obligatorio de Salud ofrecidas por una Entidad Promotora de Salud o Adaptada deberán enmarcarse dentro de los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en lo referente a copagos y cuotas moderadoras.</p> <p><b>Artículo 88. Los contenidos y exclusiones del plan obligatorio de salud.</b> Son los establecidos por el Acuerdo 8 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y desarrollados por la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud hasta tanto dicho consejo defina nuevos contenidos y exclusiones. (Documento 5)</p>
--	---

**c. Acuerdos  
P.O.S**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Acuerdo. 8/94, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.	<p><b>Artículo 7 .Aprobar las exclusiones y limitaciones del plan obligatorio de salud que no contribuyen al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.</b> Aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos, suntuarios, y aquellos que expresamente defina el consejo en el futuro, más los que se describen a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Cirugía estética o con fines de embellecimiento;</li> <li>b) Tratamientos nutricionales con fines estéticos;</li> <li>c) Tratamientos para la infertilidad;</li> <li>d) Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico-científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental;</li> <li>e) Tratamientos o curas de reposo o del sueño;</li> <li>f) Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos, lentes y lentes de contacto;</li> <li>g) Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el manual de medicamentos y terapéutica;</li> <li>h) Tratamientos con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad;</li> <li>i) Transplante de órganos. No se excluyen, aquellos de reconocida eficacia, como son el transplante renal, de médula ósea, de corazón y de córnea, con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas guías de atención integral;</li> <li>j) Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica</li> </ul>

	<p>de la enfermedad, y sólo durante la fase inicial. Tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por psicoterapia prolongada aquella que sobrepasa los treinta (30) días de tratamiento una vez hecho el diagnóstico;</p> <p>k) Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, y prótesis en la atención odontológica;</p> <p>l) Tratamiento de várices con fines estéticos;</p> <p>m) Actividades, procedimientos e intervenciones de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas, o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la disfuncionalidad y la incomodidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas guías de atención integral;</p> <p>n) Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas, y</p> <p>ñ) Actividades, intervenciones y procedimientos no autorizados expresamente en el respectivo manual.</p>
--	---

**d. Jurisprudencia  
P.O.S**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Sentencia SU-819 del 20 de octubre de 1999</p>	<p><b>Magistrado Ponente:</b> Álvaro Tafur Galvis  <b>Demandante :</b> Alejandro Moreno Álvarez  <b>Problema Jurídico</b>  Acción de tutela en representación del menor Alejandro Moreno Parra contra el Estado - Ministerio de Salud y contra Colmena Salud EPS, con el objeto de obtener la protección de sus derechos constitucionales fundamentales a la vida, a la salud y a la integridad física.</p> <p>Señala el peticionario como hechos que motivaron la formulación de la tutela, los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desde el primero de marzo de 1995 se encuentra afiliado a Salud Colmena EPS como cotizante y en calidad de beneficiarios incluyó a sus tres hijos (entre ellos a Alejandro), a su esposa y a la madre de ésta.</li> <li>2. Que desde mediados del año pasado, su hijo Alejandro presentó quebrantos de salud, razón por la cual acudió a los médicos de la EPS para que verificaran su posible enfermedad y el tratamiento que se debía seguir. Fue así como la doctora Martha Patricia Vizcaino, médica adscrita a la EPS Salud Colmena, diagnosticó que el niño padecía de la enfermedad denominada "Leucemia Mieloide Crónica", siendo necesario para preservar su vida, la realización de un transplante de médula ósea con donante no relacionado, igualmente denominado transplante heterólogo (en cuyo caso el donante es un tercero). Este transplante es diferente al autólogo, pues en él se utiliza la médula del mismo paciente, el cual se encuentra incluido en el</li> </ol>

- plan obligatorio de salud que corresponde prestar a la EPS.
3. Que el transplante heterólogo con donante no relacionado, según certificaciones de los médicos Martha Patricia Vizcaíno y Enrique Pedraza, no se realiza en Colombia por cuanto no se cuenta con la tecnología adecuada. Es así como en la Resolución 5261 de 1994, que fija los procedimientos que deben prestar las EPS dentro del POS no se contempla este tipo de transplante, precisamente por no existir en Colombia la tecnología requerida.
  4. Que mediante comunicación del 12 de marzo de 1999, Salud Colmena le informó la imposibilidad en que se encontraba para realizar el transplante heterólogo, por no contar en Colombia con la tecnología necesaria, resaltando que si se tratara de un transplante autólogo o heterólogo con donante relacionado, lo asumiría sin dilación alguna. Así mismo, precisó la normatividad en la cual se fundamentaba para negar el transplante requerido, manifestando su disponibilidad de asumir el valor correspondiente al transplante incluido en el POS, y que sería el que por ley tendría que asumir, considerando que su campo de acción se limita estrictamente al señalado en la ley, conforme delegación que el Estado le hiciera en la prestación del servicio público de salud.
  5. Que tiene conocimiento que este tipo de transplante heterólogo puede ser realizado en el Hospital de la Universidad de Birmingham en Alabama, EEUU, y que su costo podría ascender a la suma de U\$371.740.00, según cotización anexa, valor que no podría conseguir ya que no cuenta ni podría contar nunca con los recursos económicos necesarios para sufragarlo.
  6. Que de no efectuarse el transplante sugerido por el médico tratante a la mayor brevedad, la consecuencia inmediata sería la muerte del menor Alejandro. Teniendo en cuenta la urgencia de conservar a toda costa la vida de su hijo, y la imposibilidad de realizarle el transplante requerido en el país con cargo a los recursos del sistema de seguridad social en salud, el accionante se encuentra en la agobiante necesidad de demandar el amparo del Estado, quien debe garantizar el derecho fundamental a la salud y a la vida de los niños, conforme a los principios consignados en la Constitución, la ley y la jurisprudencia constitucional.

En virtud de lo anterior, el actor solicita que se ordene al Estado - Ministerio de Salud, quien es el primeramente responsable de la atención del servicio esencial en salud, de acuerdo con los artículos 44 y 48 de la Constitución, la realización del tratamiento requerido por su pequeño hijo en el exterior, así como los demás gastos de estadía y desplazamiento al exterior para su hijo y para él como padre o para la madre, y así mismo, que se ordene a SALUD COLMENA rembolsar al Estado el valor equivalente al tratamiento contemplado en la Resolución 5261 de 1994, para transplante heterólogo de médula ósea con donante no relacionado, de manera que coadyuve en la parte correspondiente al valor del tratamiento que se realiza en Colombia y que se encuentra contemplado en el POS.

#### **Consideraciones de la Corte Constitucional**

No puede desconocerse que la remisión de pacientes al exterior aunque pueda convertirse en una posibilidad que les permita a éstos la recuperación de su salud o al menos la prolongación de su vida, en la medida en que los tratamientos y procedimientos que habrán de ser practicados en el exterior implican costos muy elevados, y que los recursos del Estado para responder

con su obligación de proporcionar a todos los habitantes del territorio nacional los servicios de salud son limitados, pone en grave riesgo el acceso de la población a los servicios de salud, así como la garantía y la defensa de los derechos a la salud, a la vida y a la seguridad social. Por ello, el legislador, en la Ley 508 de 1999, estableció una serie de requisitos que son de ineludible y obligatorio cumplimiento, para acceder a los servicios de salud excluidos del POS en Colombia y en el exterior cuando esté de por medio el derecho fundamental a la vida, que se convierten en necesarios para garantizar los principios constitucionales de la solidaridad y de la prevalencia del interés general, así como los específicos que rigen el sistema de seguridad social en salud -la eficiencia, universalidad y solidaridad.

Con las precisiones efectuadas en el acápite anterior en relación con el trámite que a partir de la expedición de la Ley 508 de 1999 (artículo 37) debe seguirse para ordenar la remisión al exterior de un afiliado al sistema de salud cuando el procedimiento o el tratamiento que requiere no se practique en Colombia, así como con la aplicación de la jurisprudencia de la Corporación que ha reconocido el derecho que tienen las Empresas Promotoras de Salud de repetir contra el Estado el valor de los procedimientos y medicamentos que deban ser suministrados por fuera del Plan Obligatorio de Salud, y teniendo en cuenta el momento de interposición de la acción de tutela por parte del señor Alejandro Moreno Alvarez, se revocará el fallo que se revisa, y se dispondrá el reconocimiento al derecho que tiene la EPS Salud Colmena al reembolso de dichos costos. Ello, además, con la finalidad de mantener el principio del equilibrio financiero de las entidades prestadoras y del Sistema en su conjunto, y de garantizar los principios constitucionales.

Ahora bien, para la Corte, con fundamento en la jurisprudencia que se ha trazado en esta providencia, si el procedimiento no se ha efectuado debe directamente el Estado a través del Fosyga asumir el pago de su parte y la EPS la suya. Empero, si como ocurre en el asunto materia de revisión, el paciente -el menor Alejandro Moreno Parra- ya fue remitido al exterior y se le está realizando en la actualidad el transplante de la médula, y la EPS -Salud Colmena S.A.- ya canceló los gastos para la remisión al exterior, debe el Ministerio de Salud a través del Fosyga, reembolsarle a aquella dichos gastos en el término de diez días contados a partir de la formalización de las cuentas de cobro correspondientes, descontando la suma equivalente al costo que había asumido la EPS, en caso de haber sido viable el transplante "autólogo" de médula ósea en Colombia, sin tener que acudir para ello ante la jurisdicción ordinaria

Finalmente, es necesario hacer algunas precisiones en cuanto a la posibilidad que tendría el Fondo de Solidaridad y Garantía de cobrar al accionante de tutela en su calidad de usuario del régimen contributivo de seguridad social en salud, aquellas sumas que debía éste cancelar proporcionalmente conforme a su capacidad socioeconómica, por el tratamiento y demás intervenciones practicadas a su hijo en el exterior, por estar excluidos del POS.

En consecuencia, lo que no esté cubierto en principio por el POS, bien por no reunirse el número mínimo de semanas de cotización, o por tratarse de una actividad, procedimiento, intervención o medicamento que se encuentre

excluido del POS, debe asumirlo el usuario o afiliado en los términos señalados. Sin embargo, si la persona acredita, mediante un balance certificado por contador, o a través de la declaración de renta o del certificado de ingresos, no poder asumir el pago de aquellas prestaciones que no estén cubiertas por el POS a título de copago por falta de recursos, deberán ser atendidos él o sus beneficiarios por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato, las cuales tendrá derecho a cobrar una cuota de recuperación, de acuerdo a las normas vigentes.

Ahora bien, en el caso en que el usuario no logre acreditar la falta de capacidad económica, deberá, de conformidad con la ley, asumir una parte del costo del tratamiento, medicamento o procedimiento, según su capacidad socioeconómica, para lo cual, a juicio de la Corporación, se deberá tener en cuenta, aquella parte de los ingresos que se pueden tomar del flujo de ingresos mensuales del usuario, sin menoscabar aquellos destinados a vivienda, educación, seguridad social (aportes para salud y pensiones), y demás elementos que permitan asegurar una subsistencia digna, como la alimentación y el vestuario.

Lo razonable es que si en cumplimiento de las normas legales, al usuario se le va a exigir que, en razón de su capacidad socioeconómica, asuma el pago de una parte del costo de los servicios, tratamientos o procedimientos suministrados, excluidos o no cubiertos por el POS, deben fijarse por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud unos parámetros objetivos, claros y expuestos, para determinar el porcentaje que el usuario deberá asumir, el tope máximo a pagar, las condiciones y los términos para realizar el pago diferido del mismo, así como los requisitos que debe cumplir el Fondo de Solidaridad y Garantía para exigir la cancelación de esas sumas. Con lo cual se evitará que el Estado incurra en arbitrariedad frente a los usuarios del sistema de salud, al quedar debidamente precisadas y determinadas las condiciones y los requisitos para exigir al usuario el pago proporcional de tales sumas.

Por consiguiente, en la medida en que hasta la fecha y con fundamento en el artículo 37 de la Ley 508 de 1999, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud no ha expedido la reglamentación del régimen de copago y de cuotas moderadoras para las prestaciones, procedimientos, medicamentos y tratamientos que están por fuera del POS, en aras de garantizarle al usuario, y en el caso sub examine al peticionario, su derecho fundamental al debido proceso, no podrá imponérsele, en cuanto no existe dicha regulación, el pago proporcional del valor de los tratamientos suministrados en el exterior al menor Alejandro Moreno Parra. En este sentido, la Corte hará un llamado a prevención al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para que, en un término prudencial, no superior a los tres (3) meses siguientes a la notificación de esta providencia, proceda a expedir la reglamentación del régimen de copago y de las cuotas moderadoras para los procedimientos, prestaciones, tratamientos y medicamentos que estén por fuera del Plan Obligatorio de Salud. Una vez expedida dicha reglamentación, el Fondo de Solidaridad y Garantía podrá exigir al usuario del Sistema de Salud el pago del costo de los servicios de salud suministrados por fuera del POS, en proporción

	<p>a su capacidad socioeconómica.</p> <p><b>Resuelve:</b></p> <p><b>Primero.</b> confirmar parcialmente la sentencia proferida por el Juzgado Veinte Civil del Circuito de Santa Fe de Bogotá el 16 de abril de 1999, por las razones expuestas en esta providencia, en cuanto concedió la tutela instaurada por Alejandro Moreno Álvarez contra Salud Colmena EPS y el Ministerio de Salud.</p> <p><b>Segundo.</b> declarar que la Empresa Promotora de Salud COLMENA SALUD tiene derecho a repetir proporcionalmente contra el Ministerio de Salud - Fondo de Solidaridad y Garantía, para que éste le reembolse el valor del tratamiento suministrado en el exterior al menor Alejandro Moreno Parra, incluyendo los procedimientos, medicamentos, gastos de traslado y otros, con descuento de la suma equivalente al costo que debió asumir SALUD COLMENA en caso de haber sido viable el trasplante autólogo en Colombia, sin tener que acudir para ello ante la jurisdicción ordinaria.</p> <p>Tercero. Para dar cumplimiento a lo preceptuado en el numeral anterior, el Fondo de Solidaridad y Garantía del Ministerio de Salud -Fosyga- dispone de un término de diez (10) días contados a partir de la presentación y formalización de las cuentas respectivas.</p> <p>Cuarto. Hacer un llamado a prevención al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para que en un término prudencial no superior a los tres (3) meses siguientes a la notificación de esta providencia, proceda a expedir la reglamentación del régimen de copago y de las cuotas moderadoras para los procedimientos, prestaciones, tratamientos y medicamentos que estén por fuera del Plan Obligatorio de Salud.</p> <p><i>(Documento 15)</i></p>
--	---

## 1.5 COBERTURA

### a. Leyes Cobertura

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993	<p><b>Artículo 163.La Cobertura Familiar.</b> El Plan de Salud Obligatorio de Salud tendrá cobertura familiar. Para estos efectos, serán beneficiarios del Sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Gobierno Nacional reglamentará la inclusión de los hijos que, por su incapacidad permanente, hagan parte de la cobertura familiar.</p>

	<p><b>Parágrafo 2.</b> Todo niño que nazca después de la vigencia de la presente ley quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la Entidad Promotora de Salud la Unidad de Pago por Capitación correspondiente, de conformidad con lo previsto en el artículo 161 de la presente ley. (Documento 2)</p>
--	--

**b. Decretos  
Cobertura**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Decreto 806 del 30 de abril de 1998</p>	<p><b>Artículo 34. Cobertura familiar.</b> El grupo familiar del afiliado cotizante o subsidiado, estará constituido por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) El cónyuge;</li> <li>b) A falta de cónyuge la compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años;</li> <li>c) Los hijos menores de dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado;</li> <li>d) Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado;</li> <li>e) Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como lo establece el Decreto 1889 de 1994 y dependan económicamente del afiliado;</li> <li>f) Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales c) y d) del presente artículo;</li> <li>g) A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.</li> </ul> <p><b>Parágrafo.</b> Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia.</p> <p><b>Artículo 35. Inscripción del grupo familiar.</b> Los afiliados deberán inscribir ante la Entidad Promotora de Salud -EPS., a cada uno de los miembros que conforman su grupo familiar según lo dispuesto en el artículo anterior. Esta inscripción se hará mediante el diligenciamiento del formulario que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho formulario deberá ser suscrito por el afiliado. El formulario deberá suscribirlo también el empleador cuando se trate de personas con contrato de trabajo o de servidores públicos.</p> <p>La solicitud de inscripción deberá estar acompañada de una declaración del afiliado que se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento, en la que</p>

manifieste que las personas que conforman su grupo familiar no están afiliadas a otra Entidad Promotora de Salud -EPS y que ninguna de ellas por su nivel de ingresos debe estar afiliada como cotizante.

**Parágrafo.** El formulario y los anexos a que se refiere el presente artículo podrán ser destruidos después de un año contado a partir del momento de su recepción por la EPS, siempre y cuando los conserve por cualquier medio técnico que garantice la reproducción exacta de documentos, tales como la microfilmación, la micografía y los discos ópticos. El mismo procedimiento podrá seguirse con el formulario y documento de autoliquidación.

**Artículo 36. Hijos con incapacidad permanente.** Tienen derecho a ser considerados miembros del grupo familiar aquellos hijos que tengan incapacidad permanente producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables que impidan su capacidad de trabajo, de acuerdo con las normas vigentes sobre la materia. Dicha incapacidad deberá acreditarse mediante certificación expedida por un médico autorizado por la respectiva EPS.

**Artículo 37. Hijos adoptivos.** Los hijos adoptivos tendrán derecho a ser incluidos en la cobertura familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o de alguna de las casas de adopción debidamente reconocidas por dicho Instituto.

**Artículo 38. Cobertura familiar del pensionado.** La afiliación al sistema de los pensionados por jubilación, vejez, invalidez o sobrevivientes, será también de cobertura familiar en iguales términos a los descritos anteriormente.

**Artículo 39. Cobertura familiar cuando los dos cónyuges cotizan al sistema.** Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes en el sistema, deberán estar vinculados a la misma Entidad Promotora de Salud -EPS y los miembros del grupo familiar sólo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres que dependan económicamente de alguno de los cónyuges y no se encuentren en ninguna de las situaciones descritas en el numeral 1º del artículo 30 del presente decreto, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de los cónyuges sea igual al 100% de las unidades de pago por capitación correspondientes a los miembros, del grupo familiar con derecho a ser inscritos incluyendo a los cónyuges y a los padres que se van a afiliar.

Si uno de los cónyuges cotizantes dejare de ostentar tal calidad, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

**Parágrafo.** Las personas que hayan sido afiliadas de conformidad con lo establecido por el Decreto 1919 de 1994, deberán ajustarse a lo dispuesto en el presente artículo a partir del 1º de enero de 1999.

**Artículo 40. Otros miembros dependientes.** Cuando un afiliado cotizante tenga otras personas diferentes a las establecidas anteriormente, que

dependan económicamente de él y que sean menores de 12 años o que tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad, podrán incluirlos en el grupo familiar, siempre y cuando pague un aporte adicional equivalente al valor de la Unidad de Pago por Capitación correspondiente según la edad y el género de la persona adicional inscrita en el grupo familiar, establecidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En todo caso el afiliado cotizante deberá garantizar como mínimo un año de afiliación del miembro dependiente y en consecuencia la cancelación de la UPC correspondiente.

Este afiliado se denominará cotizante dependiente y tiene derecho a los mismos servicios que los beneficiarios.

**Parágrafo.** La afiliación o desafiliación de estos miembros deberá ser registrada por el afiliado cotizante mediante el diligenciamiento del formulario de novedades.

**Artículo 41. Cobertura en diferentes municipios.** Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siempre que todos los miembros que componen el grupo familiar, cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma Entidad Promotora de Salud. En este caso, para la prestación de los servicios, si la entidad promotora correspondiente no tiene cobertura en el lugar de residencia, deberá celebrar convenios con las entidades promotoras de salud del lugar o en su defecto, con las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En todo caso las entidades promotoras de salud deberán garantizar la atención en salud a sus afiliados en casos de urgencias en todo el territorio nacional.

**Artículo 74. Cobertura.** El ingreso de un afiliado cotizante tendrá efectos para la entidad administradora en el Sistema de Seguridad Social Integral desde el día siguiente al que se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a ésta debidamente diligenciado el respectivo formulario de afiliación. No obstante, la cobertura durante los primeros treinta días será únicamente en los servicios de urgencias. El resto de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud les serán brindados treinta días después siempre y cuando se hubiere efectuado el pago de la cotización respectiva.

El trabajador independiente una vez inscrito y cancelada su primera cotización, tendrá derecho a recibir conjuntamente con su familia de manera inmediata, la totalidad de los beneficios contemplados en el plan obligatorio de salud.

**Artículo 75. Del período de protección laboral.** Una vez suspendido el pago de la cotización como consecuencia de la finalización de la relación laboral o de la pérdida de la capacidad de pago del trabajador independiente, el trabajador y su núcleo familiar gozarán de los beneficios del plan obligatorio de salud hasta por treinta (30) días más contados a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado al sistema como mínimo

	<p>los doce meses anteriores.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Cuando el usuario lleve cinco (5) años o más de afiliación continua a una misma Entidad Promotora de Salud tendrá derecho a un período de protección laboral de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de su desafiliación.</p> <p><b>Artículo 76. Beneficios durante el período de protección laboral.</b> Durante el período de protección laboral, al afiliado y a su familia sólo les serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia. En todo caso, la atención sólo se prolongará hasta la finalización del respectivo período de protección laboral. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el período descrito, correrán por cuenta del usuario (Documento 5)</p>																
<p>Decreto 1703 del 2 de agosto de 2002</p>	<p><b>Artículo 7. Afiliación de miembros adicionales del grupo familiar.</b> A partir de la vigencia del presente decreto, los cotizantes dependientes de que trata el artículo 40 del Decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante cancele directamente y en forma mensual anticipada a la Entidad Promotora de Salud, un aporte equivalente en términos de las Unidades de Pago por Capitación definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la siguiente tabla:</p> <table border="1" data-bbox="451 1031 1357 1472"> <thead> <tr> <th>Grupos etéreos</th> <th>Número de UPC a pagar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Menores de 1 año</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>De 1 a 4 años</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>De 5 a 14 años</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>De 15 a 44 años (Hombres)</td> <td>3.00</td> </tr> <tr> <td>De 15 a 44 años (Mujeres)</td> <td>2.02</td> </tr> <tr> <td>De 45 a 59 años</td> <td>1.85</td> </tr> <tr> <td>Mayores de 60 años</td> <td>1.00</td> </tr> </tbody> </table> <p>El afiliado cotizante respecto de los cotizantes dependientes será responsable del pago del valor de la UPC mensual definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para la financiación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de un valor destinado a la Subcuenta de Solidaridad. Este último equivaldrá al 10% de la sumatoria del valor de estas UPC.</p> <p>La entidad promotora de salud, EPS, apropiará el valor de una UPC correspondiente al grupo etéreo del afiliado adicional y la UPC correspondiente a las actividades de promoción y prevención y girará a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga el aporte de solidaridad y cuando se reciban sumas superiores a la UPC del afiliado cotizante, el valor restante se girará a la Subcuenta de Compensación del Fosyga a través del proceso de</p>	Grupos etéreos	Número de UPC a pagar	Menores de 1 año	1.00	De 1 a 4 años	1.00	De 5 a 14 años	1.00	De 15 a 44 años (Hombres)	3.00	De 15 a 44 años (Mujeres)	2.02	De 45 a 59 años	1.85	Mayores de 60 años	1.00
Grupos etéreos	Número de UPC a pagar																
Menores de 1 año	1.00																
De 1 a 4 años	1.00																
De 5 a 14 años	1.00																
De 15 a 44 años (Hombres)	3.00																
De 15 a 44 años (Mujeres)	2.02																
De 45 a 59 años	1.85																
Mayores de 60 años	1.00																

	<p>compensación. El presente artículo solo aplicará a partir del mes siguiente contado a partir de la expedición del presente decreto.</p> <p>Parágrafo. Las personas actualmente inscritas como cotizantes-dependientes que no continúen afiliadas en las condiciones previstas en este artículo, quedan liberadas del cumplimiento de las garantías establecidas en el numeral 10 del artículo 2° del Decreto 047 de 2000, modificado por el artículo 9° del Decreto 783 de 2000. Para el efecto deberán reportar la novedad a la entidad promotora de salud, EPS. (Documento 7)</p>
--	--

## 1.6 Preexistencias

### a. Leyes

#### Preexistencias

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Ley 100 de 23 de diciembre 1993</p>	<p><b>Artículo 164. Preexistencias.</b> En el Sistema General de Seguridad en Salud, las Empresas Promotoras de Salud no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados.</p> <p>El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al Sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100 semanas de afiliación al sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario, que se establecerá de acuerdo con su capacidad socioeconómica.</p> <p>En el régimen subsidiado, no se podrán establecer períodos de espera para la atención del parto y los menores de un año. En este caso, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atiendan tales intervenciones repetirán contra la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con el reglamento.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Cuando se encuentre que alguna Entidad Promotora de Salud aplique preexistencias a algún afiliado, la Superintendencia de Salud podrá aplicar multas hasta por dos veces el valor estimado del tratamiento de la enfermedad excluida. Este recaudo se destinará al Fondo de Solidaridad y Garantía. Cada vez que se reincida, se duplicará el valor de la multa. (Documento 2)</p>

### b. Decretos

#### Preexistencias

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto 1222 del 17 de junio de 1994	<p><b>Artículo 1. Definición de preexistencia.</b> Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas.</p> <p>La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrán ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se califique una preexistencia.</p> <p><b>Artículo 2. Exclusiones.</b> Las exclusiones deberán estar expresamente previstas en el contrato. Sobre el particular se deberán precisar las patologías, los procedimientos, exámenes diagnósticos específicos que se excluyan y el tiempo durante el cual no serán cubiertos, por parte de la entidad de medicina prepagada. Las exclusiones que no se consagren expresamente no podrán oponerse al usuario.</p> <p>No se podrán acordar exclusiones sobre malformaciones, afecciones o enfermedades que se puedan derivar de factores de riesgo propios de éstas.</p> <p><b>Artículo 3. Resolución de controversias.</b> Los conflictos que se presenten en materia de preexistencias y exclusiones, se deberán resolver con sujeción a lo dispuesto en el presente Decreto. (Documento 16)</p>

**c. Jurisprudencia**  
**Preexistencia**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Sentencia SU-039 del 19 de febrero de 1998	<p>Magistrado Ponente: Dr. Dr. Hernando Herrera Vergara Demandante: Ana Victoria García</p> <p><b>Problema Jurídico:</b> La señora Ana Victoria García de Bernal formuló, por conducto de apoderado, instauró acción de tutela en contra de Salud COLMENA, con el fin de que se le ampararan sus derechos a la vida, integridad personal, salud, seguridad social protección y asistencia a las personas de la tercera edad, los cuales estimó vulnerados con la negativa de dicha entidad a prestarle los servicios médico-asistenciales solicitados, en razón a una preexistencia contractual alegada por parte de dicha entidad, no obstante la doble vinculación presentada con la misma, mediante los planes obligatorio de salud y de medicina prepagada</p> <p><b>Consideraciones de la Corte</b> En efecto, el ordenamiento constitucional en vigor consagra la seguridad</p>

social como un servicio público de carácter obligatorio, sometido a la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley (C.P., art. 48), que correlativamente se estructura en la forma de un derecho absolutamente irrenunciable, cuya prestación corre a cargo del Estado, con la intervención de los particulares, y del cual son titulares todos los ciudadanos, permitiéndoles obtener el amparo necesario para cubrir los riesgos que pueden llegar a minar su capacidad económica y afectar su salud, con especial énfasis en aquellos sectores de la población más desprotegidos, en la intención de conservar una comunidad sana y productiva, gracias a la ampliación gradual de la cobertura que en forma progresiva debe producirse, según los parámetros que señale el legislador.

A diferencia de lo que ocurre en el Sistema General de Seguridad Social, en donde las Empresas Promotoras de Salud E.P.S. “no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados” como se deduce de la prohibición contenida en la Ley 100 de 1.993, art. 164, tal concepto es totalmente aceptable en el contrato de servicios de salud de medicina prepagada, el cual fue definido por el Decreto 1222 de 1994, en la forma que se señala a continuación:

“ART.1°-Definición de preexistencia. Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas.

La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrán ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se califique una preexistencia.”.

Así mismo, dicho Decreto consagra las llamadas exclusiones como aquellos servicios que se exceptúan de prestación en los contratos de medicina prepagada, en forma expresa y precisa, y que al tenor del mismo consisten en:

ART.2°-Exclusiones. Las exclusiones deberán estar expresamente previstas en el contrato. Sobre el particular se deberán precisar las patologías, los procedimientos, exámenes diagnósticos específicos que se excluyan y el tiempo durante el cual no serán cubiertos, por parte de la entidad de medicina prepagada. Las exclusiones que no se consagren expresamente no podrán oponerse al usuario.

Los contratos de medicina prepagada parten del supuesto de que la compañía prestadora del servicio cubrirá, a partir de su celebración o de la fecha que acuerden las partes, los riesgos relativos a la salud del contratante y de las personas que sean señaladas por él como beneficiarias.

Mientras el obligado en virtud del contrato pague oportunamente sus cuotas a la entidad, tiene pleno derecho a exigir de ella que responda por la totalidad de los servicios de salud ofrecidos.

Desde luego, el cumplimiento de tales compromisos va, en esta materia,

mucho más allá del simple y literal ajuste a las cláusulas contractuales, ya que está de por medio la salud y muchas veces la vida de los usuarios. Por supuesto, quienes contratan con las compañías de medicina prepagada deben ser conscientes de que ellas, aunque se comprometen a prestar un conjunto de servicios que cobijan diferentes aspectos de salud (consultas, atención de urgencias, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, suministro de medicinas, entre otros), operan con arreglo a principios similares a los que inspiran el contrato de seguro, pues, como se trata de garantizar el cubrimiento de los percances y dolencias que afecten a los beneficiarios a partir de la celebración del contrato, están excluidos aquellos padecimientos anteriores al mismo.

Se conoce, entonces, como "preexistencia" la enfermedad o afección que ya venía aquejando al paciente en el momento de suscribir el contrato, y que, por tanto, no se incluye como objeto de los servicios, es decir, no se encuentra amparada.

Por supuesto, en razón de la seguridad jurídica, las partes contratantes deben gozar de plena certidumbre acerca del alcance de la protección derivada del contrato y, por tanto de los servicios médico asistencial y quirúrgica a los que se obliga la entidad de medicina prepagada y que, en consecuencia, pueden ser demandados y exigidos por los usuarios.

Así las cosas, desde el momento mismo de la celebración del contrato, quienes lo suscriben deben dejar expresa constancia, en su mismo texto o en anexos incorporados a él, sobre las enfermedades, padecimientos, dolencias o quebrantos de salud que ya sufren los beneficiarios del servicio y que, por ser preexistentes, no se encuentran amparados.

A juicio de la Corte, la compañía desconoce el principio de la buena fe que debe presidir las relaciones contractuales, y pone en peligro la salud y la vida de los usuarios cuando se niega a autorizar -a su cargo- la prestación de servicios, la práctica de operaciones y la ejecución de tratamientos y terapias referentes a enfermedades no incluidas en la enunciación de la referencia - que, se repite, es taxativa-, pues ella se entiende comprendida como parte integral e inescindible de la relación jurídica establecida entre las partes.

Es evidente que lo expuesto elimina toda posibilidad de que, ya en el curso del contrato, la compañía modifique, en contra del usuario, las reglas de juego pactadas y pretenda, con base en dictámenes médicos posteriores, emanados de profesionales a su servicio, deducir unilateralmente que una enfermedad o dolencia detectada durante la ejecución del convenio se había venido gestando, madurando o desarrollando desde antes de su celebración y que, por tanto, pese a no haber sido enunciada como preexistencia, está excluida. (Se subraya)

De manera que, la Sala estima necesario presentar las siguientes conclusiones:

1.) En el evento de que se alegue una preexistencia dentro del Plan de Medicina Prepagada, la controversia debe ser resuelta, en principio, por la justicia ordinaria, si se refiere exclusivamente a materias de índole puramente

	<p>contractual, pero cabe la tutela con efectos temporales y aún definitivos, cuando las circunstancias del solicitante lo ameriten para proteger la salud, y en conexidad con ella la vida, de aquél y de los beneficiarios del contrato. De ahí que, la Sala no comparte las afirmaciones hechas por el juez de instancia de tutela, en el sentido de dar por acreditada una preexistencia, por cuanto, en el presente caso, tal definición por su calidad de controversia contractual, como se dijo, debe ser resuelta por la justicia ordinaria con los elementos probatorios suficientes.</p> <p>2.) Cabe destacar, igualmente, que en el curso del contrato no es posible que la compañía de medicina prepagada modifique los términos del mismo en forma unilateral, con base en dictámenes médicos posteriores emanados de profesionales a su servicio, con el propósito de deducir la presencia de una preexistencia durante la ejecución del contrato, excepto que se haya configurado una actuación originada en la mala fe del usuario.</p> <p>En conclusión, la Sala Plena de la Corte Constitucional, confirmará la sentencia objeto de la presente revisión, solamente, en cuanto amparó a la actora los derechos constitucionales fundamentales a la vida, la salud, la integridad personal, así como a la seguridad social, el mínimo vital, la protección y asistencia de las personas de la tercera edad, y ordenó en forma definitiva la prestación de los respectivos tratamientos y servicios médico-asistenciales necesarios para la recuperación del estado de salud de la accionante, a través del Plan Obligatorio de Salud, a cargo de Salud COLMENA -E.P.S.</p> <p><b>Resuelve:</b></p> <p><b>Primero.-</b> Confirmar la sentencia del Juzgado 15 Civil del Circuito de Santafé de Bogotá, proferida el 27 de junio de 1.997, solamente, en cuanto concedió la tutela instaurada por la señora Ana Victoria García de Bernal, a través del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.), respecto de los derechos a la salud, integridad personal y vida, así como los relativos a la seguridad social, mínimo vital, protección y asistencia de las personas de la tercera edad, por lo cual Salud COLMENA - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD debe otorgarle los tratamientos y los servicios médico-asistenciales requeridos por la accionante para su recuperación.</p> <p><b>Segundo.-</b> Librese por Secretaría la comunicación de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1.991, para los efectos allí contemplados. (Documento17)</p>
--	--

## 1.7 ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

### a. Leyes

#### Enfermedades de alto costo

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 de 23 de diciembre de 1993	<b>Artículo 162. Plan Obligatorio de Salud.</b> El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad

	<p>general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.</p> <p>Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud será el contemplado por el decreto-ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo 188 de la presente ley (...).</p> <p><b>Parágrafo 4.</b> Toda Entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo. (Documento 2)</p>
--	--

**b. Decretos**  
**Enfermedades de alto costo**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto 806 del 30 de abril de 1998	<p><b>Artículo 60. Definición.</b> de períodos mínimos de cotización. Son aquéllos períodos mínimos de cotización al sistema general de seguridad social en salud, que pueden ser exigidos por las entidades promotoras de salud para acceder a la prestación de algunos servicios de alto costo incluidos dentro del POS. Durante ese período el individuo carece del derecho a ser atendido por la entidad promotora a la cual se encuentra afiliado. Las entidades promotoras de salud deberán informar a los usuarios en el momento de la afiliación, los períodos de cotización que aplica.</p> <p><b>Artículo 61. Períodos mínimos de cotización.</b> Los períodos mínimos de cotización al sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:</p> <p>Grupo 1. Un máximo de cien (100) semanas de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el plan obligatorio de salud. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.</p> <p>Grupo 2. Un máximo de cincuenta y dos (52) semanas de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos, Mapipos, como del grupo ocho (8) o superiores. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagados en el último año.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee</p>

	<p>será atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.</p> <p>Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes. (Documento 5)</p>
--	---

**c. Acuerdos Manejo  
Enfermedades de alto costo**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Acuerdo 8 de 1994, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.	<p><b>Artículo 20.</b> Aprobar como tratamientos de alto costo los siguientes, los cuales quedarán clasificados como catastróficos o ruinosos dentro del plan obligatorio de salud y para lo cual deberá establecerse un mecanismo de aseguramiento por parte de la EPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tratamiento con quimioterapia o radioterapia para cáncer;</li> <li>b) Transplantes de órganos y tratamiento con diálisis para la insuficiencia renal crónica;</li> <li>c) Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones;</li> <li>d) Tratamiento médico-quirúrgico para el paciente con trauma mayor;</li> <li>e) Tratamiento para el paciente internado en una unidad de cuidados intensivos;</li> <li>f) Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central;</li> <li>g) Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito, y</li> <li>h) Reemplazos articulares</li> </ul>
Acuerdo 245 de 2003, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.	<p><b>Artículo 1. Objeto.</b> Establecer una política integral para el manejo del alto costo, garantizar la adecuada atención de los pacientes afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, realizar vigilancia epidemiológica y mejorar la utilización de los recursos financieros del sistema. Así mismo se establecen medidas con el objeto de controlar y prevenir la selección del riesgo de los pacientes con los diagnósticos de VIH-sida e insuficiencia renal crónica, que permita corregir y prevenir la concentración de estos enfermos para evitar el desequilibrio financiero de las EPS y ARS del sistema general de seguridad social en salud.</p> <p><b>Artículo 2. Componentes de la política de alto costo.</b> La política de alto costo de que trata el presente acuerdo, tendrá los siguientes componentes:</p>

1. Redistribución del riesgo.
2. El control de la selección del riesgo.
3. El modelo de atención.
4. Vigilancia epidemiológica.

**Artículo 3. Distribución excepcional de pacientes con VIH-sida e insuficiencia renal crónica.** De manera excepcional y por una sola vez se realizará la distribución de pacientes con insuficiencia renal crónica y VIH-sida que están siendo atendidos por entidades promotoras de salud y administradoras de recursos del régimen subsidiado que presenten concentración de éstos, hacia las entidades promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado que tengan desviación por debajo de la tasa promedio de pacientes por cien mil afiliados, para lo cual se aplicarán las siguientes reglas:

En el régimen contributivo

1. Se identificarán los pacientes con diagnóstico comprobado con tales patologías a 31 de diciembre de 2002 con la información reportada en el Acuerdo 217.
2. Se definirá el número esperado de pacientes con estas patologías utilizando la tasa promedio del número de pacientes por cien mil afiliados de la totalidad de las EPS más una desviación del 20% para cada patología, según información recibida durante el segundo semestre de 2002, en cumplimiento del Acuerdo 217.
3. A partir de la diferencia entre el número esperado de pacientes y el número realmente atendido, se definirá para cada EPS, el número de pacientes adicionales que recibirá según corresponda hasta el cupo establecido por EPS. El proceso se hará por departamento de tal manera que la redistribución de los traslados se realice entre las EPS que operen en el mismo sitio de residencia y de atención de los pacientes con las patologías de que trata el presente acuerdo.
4. La selección de los pacientes que se trasladarán de algunas EPS al igual que los que recibirán otras EPS, serán seleccionados por grupos étnicos según el mecanismo que defina y aplique el Ministerio de la Protección Social.
5. Deberá informarse a los pacientes objeto de distribución y a su grupo familiar sobre las EPS a las cuales se puede trasladar, conforme a lo establecido por el Ministerio de la Protección Social. Dichos pacientes deberán elegir la EPS a la cual se trasladarán dentro del mes siguiente a su notificación por parte de la EPS de la cual se traslada. Si dentro de este período el paciente y su grupo familiar no han elegido la EPS, el Ministerio de la Protección Social procederá a escoger la EPS a la cual serán trasladados. En cualquier caso, el traslado se hará efectivo el primer día hábil del mes subsiguiente al de la escogencia.
6. Durante todo el proceso se deberá garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del paciente

**Artículo 4. Medida para control de selección del riesgo.** Para todos los traslados que se efectúen de manera regular con posterioridad a la vigencia del presente acuerdo, como medida para evitar la selección de riesgo, se establece el siguiente mecanismo de cofinanciación del costo de la atención

de los afiliados con VIH-sida y/o IRC que se trasladan entre EPS, habiendo cumplido los períodos mínimos de permanencia, durante el primer año de traslado:

1. La EPS o ARS que atienda por VIH-sida y/o insuficiencia renal crónica un paciente trasladado de otra EPS o ARS, tendrá derecho durante el año siguiente, a exigir el reconocimiento y pago de la EPS o la ARS de la cual se traslada, una proporción del costo de la atención.

2. La EPS o ARS que recibe al paciente pagará el total de la atención y recobrará a la EPS o ARS de la cual se traslada la proporción que resulte de dividir el número de semanas que faltan para completar un año de permanencia en ella, sobre el total de semanas del año (52 semanas).

3. Este porcentaje se aplicará al total del costo de los servicios prestados a la fecha de la prestación de los mismos, relacionados con las patologías mencionadas.

4. El cobro por parte de la EPS que recibe los pacientes, ante la anterior, se efectuará mediante la presentación de las cuentas de cobro correspondientes, donde se identifique claramente la fecha y el valor de la prestación de los servicios, con base en los cuales se calculará la proporción por pagar entre las partes.

5. Este mecanismo no aplica para los pacientes redistribuidos según lo dispuesto en el artículo 3º.

El Ministerio de la Protección Social evaluará la forma de aplicar el mecanismo de cofinanciación con la entidad territorial, cuando las ARS atiendan personas pobres con VIH-sida y/o insuficiencia renal crónica no afiliadas al régimen subsidiado, y presentará al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud dicha evaluación como parte del estudio que se realice para la definición de la UPC de 2004.

**Artículo 5. Modelo de atención.** El modelo de atención para manejo integral y prevención del riesgo de patologías cuyo tratamiento sea calificado como de alto costo debe incluir los siguientes aspectos:

1. Definición por el Ministerio de la Protección Social de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, ARS y EOC, así como guías de manejo clínico de las patologías VIH-sida y las asociadas a insuficiencia renal crónica. Se incluirán las acciones de promoción y prevención primaria, secundaria y terciarias específicas para el manejo de patologías crónicas, de acuerdo con los contenidos del POS.

2. Manejo eficiente y con calidad de los medios de diagnóstico, medicamentos, materiales e insumos, que permitan tener impacto en la salud del paciente y controlar el costo en la prestación de los servicios requeridos por los pacientes.

3. Organización de la red prestadora de servicios de salud que garantice la atención integral de los pacientes confirmados como VIH-sida e insuficiencia renal crónica, que permita la contratación que incentive el cumplimiento de las guías de manejo definidos por el Ministerio de la Protección Social y racionalicen el costo de la atención con manejo eficiente y de calidad.

**Parágrafo** .El Ministerio de la Protección Social presentará en julio de 2004 al

	<p>Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los resultados de la evaluación de las medidas adoptadas en este acuerdo y el grado de cumplimiento de las aseguradoras y de los prestadores. Dependiendo de los resultados de esta evaluación el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá extender los mecanismos previstos en este acuerdo a las demás patologías de alto costo.</p> <p><b>Artículo 8. Continuidad en la atención de pacientes con enfermedades de alto costo.</b> El Ministerio de la Protección Social evaluará alternativas de protección o aseguramiento, para garantizar la continuidad en la atención de los pacientes con enfermedades de alto costo, en caso de que pierdan su condición de afiliados al sistema general de seguridad social en salud, hasta por un período de seis meses. (Documento 18)</p>
<p>Acuerdo 248 de 2003 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud</p>	<p><b>Artículo 1.</b> Modifíquese el artículo 3º del Acuerdo 245 del CNSSS, el cual quedará así" Artículo 3º. Distribución excepcional de pacientes con VIH-Sida e insuficiencia renal crónica. De manera excepcional y por una sola vez en el Régimen Contributivo, se realizará la distribución de pacientes con insuficiencia renal crónica y VIH-Sida que están siendo atendidos por entidades promotoras de salud que presenten concentración de estos, hacia las entidades promotoras de salud que tengan desviación por debajo de la tasa promedio de pacientes por cien mil afiliados, para lo cual se aplicarán las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se identificarán los pacientes con diagnóstico comprobado con tales patologías a 31 de diciembre de 2002 con la información reportada de que trata el Acuerdo 217.</li> <li>2. Se definirá el número esperado de pacientes con estas patologías utilizando la tasa promedio del número de pacientes por cien mil afiliados de la totalidad de las EPS más una desviación del 20% para cada patología, según información recibida durante el segundo semestre de 2002, en cumplimiento del Acuerdo 217 del CNSSS.</li> <li>3. A partir de la diferencia entre el número esperado de pacientes y el número realmente atendido, se definirá para cada EPS el número de pacientes adicionales que recibirá según corresponda hasta el cupo establecido por EPS. El proceso se hará por departamento de tal manera que la redistribución de los traslados se realice entre las EPS que operen en el mismo sitio de residencia y de atención de los pacientes con las patologías de que trata el presente acuerdo.</li> <li>4. La selección de los pacientes que se trasladarán de algunas EPS al igual que los que recibirán otras EPS, serán seleccionados por grupos etareos según el mecanismo que defina y aplique el Ministerio de la Protección Social.</li> <li>5. Deberá informarse a los pacientes objeto de distribución y a su grupo familiar sobre las EPS a las cuales se pueden trasladar, conforme a lo establecido por el Ministerio de la Protección Social. Dichos pacientes deberán elegir la EPS a la cual se trasladarán dentro del mes siguiente a su notificación por parte de la EPS de la cual se traslada. Si dentro de este período el paciente y su grupo familiar no han elegido la EPS, el Ministerio de la Protección Social procederá a escoger la EPS a la cual serán trasladados. En cualquier caso, el traslado se hará efectivo el primer día hábil del mes subsiguiente al de la escogencia.</li> </ol>

	<p>6. Durante todo el proceso se deberá garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del paciente.  Esta distribución se realizará a más tardar el 24 de octubre de 2003. En cualquier caso se hará extensiva a sus respectivos núcleos familiares.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Se exceptúan de este mecanismo de redistribución, los afiliados a las entidades adaptadas al sistema.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> Con posterioridad a la aplicación del mecanismo excepcional previsto en el presente acuerdo, la población distribuida se sujetará a las normas vigentes del régimen general de movilidad aplicables en el Sistema General de Seguridad Social en Salud</p>
--	--

**d. Jurisprudencia**  
**Enfermedades de Alto Costo**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Sentencia SU-480 de 25 septiembre de 1997</p>	<p>Magistrado ponente: Dr. Alejandro Martínez Caballero.  Temas: El Derecho a la vida y a la salud. Sistema general de seguridad social en salud (preexistencias, medicamentos, EPS). Equilibrio financiero entre las prestaciones de la seguridad social de salud. Relaciones médico-paciente-EPS. Relación entre el Estado y las entidades y personas encargadas de la seguridad social. Ingreso al sistema Parafiscalidad de las contribuciones al sistema de salud.  Expédientes T-119714, T-120933, T-124414, T-123145, T-120042, T-123132, T-122891.</p> <p><b>Problema Jurídico:</b>  Quienes dirigen la acción contra el INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES, T-124414, T-120042, T-122891, T-120933, T-123145, 123132, centran su petición en el suministro de inhibidores de proteasa, en la cantidad y periodicidad que se requiera, ya que sirven para mejorar la calidad de vida, la cantidad de vida, la capacidad biológica. Se afirma en algunas de las solicitudes que “el médico tratante dijo que era necesario que comenzara el tratamiento con inhibidores de proteasa”; sin embargo, en la T-122891 no hay constancia de ello (la tutela no prosperó); en la T-123132 hay constancia de que NO se recetó, pero la tutela prosperó; en la T- 124414, que tampoco prosperó, no hubo receta, ni la paciente a nombre de ella y su pequeño hijo acudieron al ISS demandando los antiretrovirales, por eso dice el coordinador del programa FTS/VHI/SIDA de la clínica San Pedro Claver, “no aparece ordenado por el médico tratante inhibidores de proteasa”; en la T-123145, tampoco los ordenó el médico y la tutela no prosperó. Pero, por el contrario, hay constancia en otros expedientes de que el médico tratante si los ordenó: en la T-120933, por eso la tutela prosperó en primera instancia, sentencia del 22 de noviembre de 1996 del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, pero no en segunda instancia. En la T-120042 también prosperó.</p> <p>A su vez, un usuario de Salud Colmena, en la T-119714, inició la acción pidiendo que se le dieran los antiretrovirales indicados por el médico tratante</p>

(zidovudina y zalcitavina). En el capítulo de declaraciones habla de otros remedios, pero centró la acción en lo necesario que es para su salud que se le entreguen aquellos medicamentos, no aportados por la E. P. S. Según el Director nacional de servicios médicos suplementarios de Salud Colmena, esos dos antiretrovirales no figuran (hoy ya figuran) en el listado de medicamentos esenciales y terapéuticos del plan obligatorio de salud, según el decreto 1938 de 5 de agosto de 1994. Esta respuesta, dirigida al usuario, tiene fecha 4 de octubre de 1996.

El problema práctico radica, pues, en la negativa a dar dichos medicamentos por no aparecer en el manual autorizado por el Ministerio de Salud, lo cual afecta, en sentir del accionante, el derecho a la vida, a la igualdad y a la dignidad.

### **Consideraciones de la Corte Constitucional**

La realización del servicio público de la Seguridad Social (art. 48) tiene como sustento un sistema normativo integrado no solamente por los artículos 48, 49, 11, 366 de la Constitución sino también por el conjunto de reglas en cuanto no sean contrarias a la Carta. Todas esas normas contribuyen a la realización del derecho prestacional como status activo del Estado. Es decir, el derecho abstracto se concreta con reglas y con procedimientos prácticos que lo tornan efectivo.

Lo anterior significa que si se parte de la base de que la seguridad social se ubica dentro de los principios constitucionales de la igualdad material y el Estado social de derecho, se entiende que las reglas expresadas en leyes, decretos, resoluciones y acuerdos no están para restringir el derecho (salvo que limitaciones legales no afecten el núcleo esencial del derecho), sino para el desarrollo normativo orientado hacia la optimización del mismo, a fin de que esos derechos constitucionales sean eficientes en gran medida. Es por ello que, para dar la orden con la cual finaliza toda acción de tutela que tenga que ver con la salud es indispensable tener en cuenta esas reglas normativas que el legislador desarrolló en la Ley 100/93, libro II (art. 152 s.) y en los decretos, resoluciones y acuerdos pertinentes. Lo importante es visualizar que la unidad de los principios y las reglas globalizan e informan el sistema y esto debe ser tenido en cuenta por el juez de tutela.

El derecho social a la salud y a la seguridad social, lo mismo que los demás derechos sociales, económicos y culturales, se traducen en prestaciones a cargo del Estado, que asume como función suya el encargo de procurar las condiciones materiales sin las cuales el disfrute real tanto de la vida como de la libertad resultan utópicos o su consagración puramente retórica. No obstante la afinidad sustancial y teleológica que estos derechos mantienen con la vida y la libertad - como que a través suya la Constitución apoya, complementa y prosigue su función de salvaguardar en el máximo grado tales valores superiores -, las exigencias que de ellos surgen no pueden cumplirse al margen del proceso democrático y económico.

La Ley 100 de 1993, artículo 154, señala que una de las facetas de la intervención del Estado es la de establecer la atención básica en salud, que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria disposición que se compagina con

aquella parte del artículo 49 de la Constitución que dice: “La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria”. Para ello se fijan en el artículo 156 de la ley las características básicas del sistema y el artículo 165.

El decreto 1938 de 1994, señaló el conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que el sistema debe brindar a las personas, lo cual, a su vez se logra, mediante seis sub-conjuntos o planes definidos teniendo en cuenta la forma de participación de los afiliados y que da lugar al plan de atención básica en salud, al plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, a los planes de atención complementaria en salud, a la atención en accidentes de trabajo y enfermedad profesional y a la atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos, como surge del artículo 3º del decreto 1938 de 1994, que forma una unidad normativa con el artículo 4º que contiene un glosario de definiciones, con el artículo 5º que señala el contenido del plan, fijando para el caso concreto del sida “actividades de prevención, detención precoz, control y vigilancia epidemiológica”, con el 11 que se refiere a la atención integral del POS y con el 15 que contiene una subregla de exclusiones y limitaciones del plan que debe ver aplicada en cuanto no atente contra la Constitución, en caso contrario cabe la excepción de inconstitucionalidad como se verá en el curso de esta sentencia al examinarse el literal g-) del artículo en mención (15 del decreto 1938/94).

En conclusión: el Estado está obligado a prestar el plan de atención básica en salud y las EPS, especialmente deben prestar el plan obligatorio de salud y el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, dentro de los parámetros que el mismo Estado ha fijado. El literal 11 del artículo 4º del decreto 1938 de 1994 define el tratamiento como “todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad que alteran el normal funcionamiento laboral, familiar, individual y social del individuo”. Y esta es una de las principales obligaciones de los planes.

Tratándose del sida, como es una enfermedad ubicada dentro del nivel IV, el tratamiento que el usuario le puede exigir a la EPS está supeditado a las 100 semanas mínimas de cotización. Sin embargo, si no ha llegado a tal límite, el enfermo de sida no queda desprotegido porque tiene 3 opciones:

Si está de por medio la vida, y no tiene dinero para acogerse a la opción del párrafo 2º del artículo 26 del decreto 1938/94, la EPS lo debe tratar y la EPS podrá repetir contra el Estado, como se explicará posteriormente en esta sentencia.

Se puede acoger al mencionado párrafo 2º del artículo 26 del decreto 1938/94.

Podrá exigirle directamente al Estado el plan de atención básico.

Para la contabilización de las cotizaciones se debe tener en cuenta que no se pierda la antigüedad por interrupción superior a los 6 meses; lo que cotice a una EPS se acumula a lo que hubiere cotizado con anterioridad a otra EPS (artículo 164, Ley 100 de 1993). Para efectos de la preexistencia, esta determinación guarda relación con el principio de movilidad (el cotizante es

libre de trasladarse de una EPS a otra). El Decreto 1070 de 1995 en sus artículos 1 y 2 regulan el tema de la libre escogencia.

En conclusión, para la efectividad del derecho a la salud es vital el funcionamiento eficiente del sistema de seguridad social, por lo tanto, los preceptos relativos al funcionamiento del fondo de Solidaridad deben obedecerse y por ello todas las EPS sin excepción, deben cumplir las funciones previstas en el numeral 5º del artículo 178 de la ley 100 de 1993.

En 1997, según la ley 344 de 1996, se disminuyó dicha contribución a medio punto y pese a la disminución, tampoco se ha efectuado el aporte. Estos omisiones afectan TODO el sistema porque:

- Los usuarios no reciben trato adecuado
- Los médicos y las IPS no reciben cumplidamente lo que se les adeuda
- Los médicos no reciben honorarios justos.
- Eso deviene en trato injusto para las EPS porque a ellas sí se les exige que cumplan, mientras el propio Estado incumple.

Es decir, los agentes que participan en el sistema son perjudicados por la alteración del equilibrio, luego para la efectiva protección de sus derechos (y en especial de los pacientes que instauraron las tutelas) habrá que dar órdenes tendientes a lograr y mantener el equilibrio debido, y, además, si el ISS ha incumplido, este aspecto no será extraño en el tema de si se puede o no repetir contra el Estado.

No sobra recordar que la Corte ha indicado que curar no es solamente derrotar la enfermedad, puede ser aliviarla, mitigar el dolor, aumentar las expectativas de vida. El enfermo no está abocado a abandonarse a la fatalidad, desechando cualquier tratamiento, por considerarlo inútil ante la certeza de un inexorable desenlace final; todo lo contrario, tiene derecho a abrigar esperanzas de recuperación, a procurar alivio a sus dolencias, si así lo desea, porque la vida es un acontecer dinámico, para disfrutarla de principio a fin; de manera que el hombre tiene derecho a que se la respeten las fases que le resten para completar su ciclo vital.

#### **Resuelve:**

**Primero.-** Confírmase la sentencia proferida por la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Santafé de Bogotá, el 29 de noviembre de 1996, en cuanto concedió la tutela, ordenándose al ISS el suministro de inhibidores de proteasa (T-120422), que el médico tratante indicó y según lo dicho en este fallo respecto al mínimo de cotizaciones.

**Segundo.-** Revocase la sentencia proferida por el Consejo de Estado el 13 de diciembre de 1996 que no concedió la tutela dentro del expediente T-120933 y en su lugar se confirma la decisión del 22 de noviembre de 1996 de la Sección Segunda del Tribunal Administrativo de Cundinamarca que ordenó al ISS suministrar al accionante el tratamiento prescrito para combatir el virus del VIH/SIDA que lo afecta, teniendo en cuenta lo dicho en este fallo sobre semanas cotizadas.

**Tercero.-** Se confirman las decisiones de primera instancia (del Juzgado 40 Civil Municipal de Santafé de Bogotá, del 22 de noviembre de 1996) y de

segunda instancia (del Juzgado 24 Civil del Circuito de la misma ciudad, del 22 de enero de 1997) dentro de la T-122891, en cuanto no concedieron la tutela, en razón de no existir prescripción escrita del médico tratante del paciente que hubiera ordenado los antiretrovirales.

**Cuarto.-** Se revoca la decisión de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria, del 24 de enero de 1997, y, consecuentemente la decisión de primera instancia del 18 de noviembre de 1996, del Tribunal Superior del Distrito de Santafé de Bogotá, que concedieron la tutela, ya que no existe orden del médico tratante recetando antiretrovirales a la persona que instauró la T-123132.

**Quinto.-** confirmar la decisión de la Sala de Casación Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia, del 24 de enero de 1997 y consecuentemente de la primera instancia de la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito de Santafé de Bogotá del 20 de noviembre de 1996, en cuanto no concedieron la tutela, pero, porque no hubo orden del médico tratante recetando los medicamentos pedidos por la persona en la T-123145.

**Sexto.-** confirmar la sentencia de 10 de febrero de 1996 de la Sala de Familia del Tribunal Superior del Distrito de Santafé de Bogotá, y la de primera instancia del 26 de noviembre de 1996 del Juzgado 12 de Familia de la misma ciudad, en cuanto negaron en la T-124414 la pretensión de ordenar antiretrovirales que aún no habían sido recetados al paciente por el médico tratante.

**Séptimo.-** confirmase la decisión de la Corte Suprema de Justicia del 12 de diciembre de 1996 en la T-119714 que modificó la de primera instancia de la Sala Civil del Tribunal Superior de Santafé de Bogotá y en consecuencia se concede la tutela, ordenándosele a SALUD COLMENA, EPS, que suministre al accionante los antiretrovirales y demás medicamentos que el médico tratante le formuló; se confirma la determinación según la cual hay derecho de parte de COLMENA a los reembolsos económicos correspondientes a los medicamentos suministrados, de acuerdo a las consideraciones hechas en el presente fallo de revisión; y se tendrá en cuenta lo del mínimo de semanas cotizadas expresado en la parte motiva de este fallo.

**Octavo.-** Se hace un llamado a prevención al Instituto de Seguros Sociales y a Salud Colmena, para que suministren los medicamentos esenciales en presentación genérica, a menos que solo existan con marca registrada, señalados por el médico tratante de la EPS, aunque aquellos no estén dentro de los listados que el Gobierno expide, siempre y cuando esté de por medio la vida del paciente y teniendo en cuenta las semanas cotizadas.

**Noveno.-** se hace un llamado a prevención al Consejo Nacional de Seguridad Social para que la UPC refleje un valor real del costo del servicio para que no se altere el equilibrio financiero del contratante.

**Décimo.-** Se ordena al Instituto de los Seguros Sociales que antes del 31 de octubre de 1997, mediante las medidas pertinentes, compense al Fondo de Solidaridad y Garantía, si aún no lo han hecho, todo lo que corresponda según se indicó en la parte motiva de este fallo.

**Undécimo.** Se ordena al Ministerio de Hacienda que se entreguen la sumas debidas a la subcuenta de Solidaridad, como lo ordena la Ley 100 de 1993, artículo 221, y la ley 344 de 1996.

**Duodécimo.** Se revocan las decisiones tomadas dentro de las tutelas: T-122891, T-123132, T-120042, en lo referente a no conceder la tutela a integrantes del Club de la Alegría que pedían que la Clínica San Pedro Claver

	<p>les habilitara una de sus dependencias para reunión, y en su lugar se CONCEDE la pretensión, ORDENANDOSE al ISS que facilite las reuniones del club de la Alegría conforme venían haciéndolo y según lo expresado en la parte motiva del presente fallo. (Documento19)</p>
<p>Sentencia T-016 del 21 de enero de 1999</p>	<p>Magistrado Ponente: Dr. Alejandro Martínez caballero Demandante: Matilde Alba de Ochoa.</p> <p><b>Problema Jurídico</b></p> <p>En virtud de un contrato de trabajo celebrado con Vitrificados de Cúcuta, la accionante fue afiliada a la E.P.S. UNIMEC S.A a partir del 19 de agosto de 1997. En noviembre del mismo año, presentó un fuerte dolor de estómago que la obligó a ir de urgencias a una I.P.S de Unimec S.A. donde estuvo hospitalizada durante el tiempo necesario para la práctica de algunos exámenes. Posteriormente fue dada de alta.</p> <p>En el mes de enero de 1998 solicitó cita médica directamente en UNIMEC S:A., porque los dolores continuaban y allí fue atendida por el doctor Manuel Gómez Aranguren, quien le ordenó una ecografía pélvica en la que se evidenció que la accionante presentaba un mioma uterino, el cual fue tratado inicialmente con medicamentos, que surtieron un efecto parcial.</p> <p>Como el dolor proseguía, la accionante fue internada en la clínica Centro Médico de Urgencias. Allí el doctor Manuel Gómez le ordenó la práctica de una rectosigmoidoscopia, que fue realizada por el doctor Ricardo Pineda Chillán, quien hizo una biopsia, la cual debía ser analizada por patología.</p> <p>Una vez la demandante fue dada de alta, le fue ordenado un tac abdominal que requería para su realización de varios medicamentos de gran valor, los cuales no fueron costeados por Unimec S.A. con el argumento de que la paciente no se encontraba hospitalizada.</p> <p>Obtenido el resultado de patología, se verificó que además del mioma inicial, la accionante presentaba un tumor maligno del recto.</p> <p>El 10 de abril de 1998, estando en la ciudad de Barbosa, la accionante presentó un intenso dolor que la obligó a asistir al hospital de esa localidad.</p> <p>El día 13 de abril, se acercó nuevamente al Centro Médico de Urgencias en Tunja donde se hizo un nuevo intento de tomar un TAC y en vista de que no se logró, ella solicitó cita donde otro cirujano, el doctor Jorge Rodríguez Díaz, quien luego de revisar los exámenes tomados ordenó la hospitalización inmediata de la accionante y la práctica de una cirugía al día siguiente. Se le realizó entonces el día 14 de abril una colostomía.</p> <p>Sin embargo, la salida del Hospital esta vez le fue obstruida a la accionante, porque le fue requerido el pago de un 67% del valor total de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios, con fundamento en el pago incompleto de semanas mínimas de cotización. Tales sumas fueron: \$873.751.00 pesos por concepto de medicamentos y hospitalización, \$ 499.000.00 de honorarios médicos y \$271.716 por medicamentos que se le aplicaron y que supuestamente no cubre el POS: doce (12) ampollas Unasyn. Cuando, logró cubrir la cuenta, luego de muchos sacrificios le fue permitida la salida.</p> <p>Por todo lo anterior la demandante estima violado su derecho a la vida, salud y seguridad social. Por consiguiente solicita que se le ordene a Unimec S.A.</p>

una vez se le realicen los exámenes previos correspondientes, la programación y práctica de la intervención quirúrgica a la que debe someterse, eso es a una Histerectomía según la historia clínica. Adicionalmente solicita que se le presten los demás servicios postoperatorios que se requieran o sean indispensables para el adecuado tratamiento o restablecimiento de su salud y que dichos gastos sean asumidos en su integridad por Unimec S.A.

### **Consideraciones de la Corte Constitucional**

La solicitante de tutela tiene un cáncer que como es natural debe ser urgentemente tratado. La EPS a la cual está afiliada y a quien se ha cotizado cumplidamente (más de setenta semanas cotizadas) no ha sido acuciosa en el cumplimiento del tratamiento que los médicos han señalado.

La paciente requirió de préstamos para contribuir en el tratamiento, luego la tutela no puede proponerse sobre hechos cumplidos, pero ha llegado la solicitante a una situación en la cual ya no tiene forma de pagar el medicamento requerido para la quimioterapia. Es decir, la actual omisión hace referencia a la no entrega de medicamentos indispensables para la quimioterapia. Si no se efectúa ésta, la vida de la paciente corre grave peligro. Ya han transcurrido tres meses de retardo para dicho tratamiento y por consiguiente la quimioterapia debe efectuarse a la mayor brevedad. Por otro aspecto, la paciente es persona de escasos recursos, solamente recibe un salario mínimo y debe atender a tres hijos que dependen de ella. Máxime si como en el caso de la presente tutela está cercano el plazo de las cien semanas cotizadas, luego no sería justo obligar a un paciente en peligro de muerte a acudir a otra entidad durante un corto tiempo, porque como es sabido, en la quimioterapia el tratamiento dura aproximadamente un año. Lo equitativo es salvar en primer lugar la vida del usuario y en segundo término reclamarle al Estado por el dinero que éste no puede cubrir, en la proporción debida.

Se supo que la EPS obligó a Matilde Alba de Ochoa a pagar parte del tratamiento inicial. No se sabe a ciencia cierta la razón para que se niegue la entrega del medicamento que ahora necesita, ordenado por el médico tratante. En la contestación de la tutela se invocó que la paciente no había llegado a las cien semanas de cotización, pero, como ya se dijo, las operaciones se le practicaron, para lo cual la paciente obtuvo un préstamo y queda por practicar la quimioterapia, que no se ha hecho por parte de la EPS, al parecer ello se debe al alto costo de la droga. Esa droga debe suministrarse en cada etapa de la quimioterapia y esto se dice que duraría aproximadamente un año. Faltan pocos meses para completar las cien semanas de cotización, pero está de por medio la vida del paciente, luego hay que protegerle la vida y no se puede exigir que espere unos meses; la tutela está para amparar dicho derecho fundamental a la vida. Como tampoco se puede alterar el equilibrio financiero, la EPS podrá repetir contra el Fondo de Solidaridad, en el porcentaje, que según las semanas cotizadas, debería pagar la usuaria.

Pero si la razón estriba en que los medicamentos recetados en receta del 14

	<p>de octubre de 1998 no figuran en el listado oficial de todas maneras, por tratarse de una enfermedad catastrófica, como es el cáncer, que pone en peligro la vida de la paciente, la EPS también debe entregarlos sin demora y puede repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía, como en numerosas sentencias lo ha indicado la Corte Constitucional, con la advertencia de que el reclamo es por lo que supere el valor de un medicamento de similar condición, que si figure en el listado.</p> <p><b>Resuelve:</b></p> <p><b>Primero.</b> Revocar las sentencias materia de revisión (la de la Sala Laboral del Tribunal Superior de Tunja, de 11 de junio de 1998, y de la Sala Laboral de la Corte Suprema de Justicia de 6 de julio de 1998) y en su lugar CONCEDER la tutela por violación del derecho a la vida en conexión con el derecho a la salud.</p> <p><b>Segundo.</b> Ordenar a UNIMEC EPS que en el término de cuarenta y ocho horas (48) a partir de la notificación de la presente sentencia se le entregue a la solicitante los medicamentos ordenados por el médico tratante, si es que aún no se ha hecho, indispensables para la quimioterapia que le fue ordenada y que se practique el tratamiento contra el cáncer a cabalidad y sin dilaciones.</p> <p>UNIMEC EPS, podrá repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía del Ministerio de Salud por el porcentaje en semanas de cotización que le falten al usuario para el mínimo de las cien semanas y por lo que sobrepase el valor de una droga similar que figure en el listado, si es que la droga recetada no apareciere en el listado oficial de medicamentos. Y el mencionado fondo en virtud del principio de eficiencia deberá entregar lo que se repite a la mayor brevedad.</p> <p>(Documento 20)</p>
--	--

## 2. ORGANIZACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

### 2.1 Administración Régimen Contributivo

#### a. Leyes

#### Administración Régimen Contributivo

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993.	<p><b>Artículo 201. Conformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud</b> .En el Sistema General de Seguridad Social en Salud coexisten articuladamente, para su financiamiento y administración, un régimen contributivo de salud y un régimen de subsidios en salud, con vinculaciones mediante el Fondo de Solidaridad y Garantías.</p> <p><b>Artículo 205.Administración del Régimen Contributivo.</b> Las Entidades Promotoras de Salud recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. De este monto descontarán el valor de las Unidades de Pago por Capitación -UPC- fijadas para el Plan de Salud Obligatorio y trasladará la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las Unidades de Pago por Capitación mayor que los ingresos por cotización, el</p>

	<p>Fondo de Solidaridad y Garantía deberá cancelar la diferencia el mismo día a las Entidad Promotora de Salud que así lo reporten.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Fondo de Solidaridad y Garantía está autorizado para suscribir créditos puente con el sistema bancario en caso que se presenten problemas de liquidez al momento de hacer la compensación interna.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Fondo de Solidaridad y Garantía sólo hará el reintegro para compensar el valor de la Unidad de Pago por Capitación de aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de salud velará por el cumplimiento de esta disposición. (Documento 2)</p>
--	---

## 2.2 ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (E.P.S)

### a. Leyes

#### Entidades Promotoras de Salud (E.P.S)

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Ley 100 de 1993 diciembre 23</p>	<p><b>Artículo 177. Definición.</b> Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.</p> <p><b>Artículo 178. Funciones De Las Entidades Promotoras De Salud.</b> Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</li> <li>2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.</li> <li>3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.</li> <li>4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.</li> <li>5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.</li> </ol>

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 179. Campo De Acción De Las Entidades Promotoras De Salud.**

Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijados, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**Parágrafo.** Las Entidades Promotoras de Salud buscarán mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas, agremiaciones o asociaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional.

**Artículo 180. Requisitos De Las Entidades Promotoras De Salud.** La Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud a entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud.

2. Tener personería jurídica reconocida por el Estado.

3. Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la Ley.

4. Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:

a) Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias;

b) Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones, y verificar la de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios;

c) Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

5. Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el gobierno nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las

Entidades Promotoras de Salud.

6. Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la Entidad Promotora de Salud, que será fijado por el gobierno nacional.

7. Tener un capital social o Fondo Social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad, determinados por el Gobierno Nacional.

8. Las demás que establezca la Ley y el reglamento, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**Parágrafo.** El gobierno nacional expedirá las normas que se requieran para el fiel cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo.

**Artículo 181. Tipos De Entidades Promotoras De Salud.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo 180, a las siguientes entidades:

a) El Instituto de Seguros Sociales;

b) Las Cajas, Fondos, Entidades o empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 236 de la presente Ley;

c) Las entidades que por efecto de la asociación o convenio entre las Cajas de Compensación Familiar o la existencia previa de un programa especial patrocinado individualmente por ellas se constituyan para tal fin;

d) Las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica;

e) Las Entidades Promotoras de Salud que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones. Para ello podrán también asociarse con entidades hospitalarias públicas y privadas;

f) Los organismos que hayan sido organizados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad a la vigencia de la presente Ley, siempre que se constituyan como personas jurídicas independientes;

g) Las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas;

h) Las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico de funcionar como Entidad Promotora de Salud.

**Parágrafo 1.** Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud sea de propiedad de una Entidad Promotora de Salud, la primera tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa dentro de un régimen de delegación o vinculación que garantice un servicio más eficiente. Tal autonomía se establecerá de una manera gradual y progresiva, en los términos en que lo establezca el reglamento.

**Parágrafo 2.** Corresponde al Ministerio de Salud y a las Direcciones Seccionales y Locales de Salud la promoción de Entidades Promotoras de Salud donde los usuarios tengan mayor participación y control, tales como las empresas solidarias de salud, las cooperativas y las microempresas médicas.

**Parágrafo 3.** Las empresas que presten los servicios de salud en la forma prevista por el literal f) podrán reemplazarlo, contratando dichos servicios con

	<p>las Entidades Promotoras de Salud adscritas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Artículo 182. De Los Ingresos De Las Entidades Promotoras De Salud.</b> Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Las Entidades Promotoras de Salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.</p> <p><b>Artículo 183. Prohibiciones Para Las Entidades Promotoras De Salud.</b> Las Entidades Promotoras de Salud no podrán, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Gobierno Nacional podrá reglamentar parámetros de eficiencia y fijar el régimen de inversión y organización de las Empresas Promotoras de Salud que no sean prestadoras de servicios. Cuando presten simultáneamente servicios, podrá establecer límites por concepto de gastos administrativos y operativos de la actividad de promoción.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Documento 2)</p>
--	---

**b. Decretos**  
**Entidades Promotoras de Salud (E.P.S)**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto 1485 del 13 de junio de	<b>Artículo 13. Régimen general de la libre escogencia.</b> El régimen de la libre escogencia estará regido por las siguientes reglas:

1994	<p>1. Obligación de Afiliación. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes de Colombia. En consecuencia corresponde a todos los empleadores, de conformidad con la Ley, la afiliación de sus trabajadores a este sistema; y al Estado, facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculos con algún empleador o no tengan capacidad de pago.</p> <p>2. Configuración familiar de la afiliación. Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del sistema de seguridad social en salud, siempre que todos los miembros familiares, cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma Entidad Promotora de Salud, salvo que exista imposibilidad por razones legales o de hecho para mantener la unidad familiar o por problemas relacionados con el lugar de residencia de sus integrantes.</p> <p>3. Garantía de atención. Las Entidades Promotoras de Salud están obligadas a garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización u obtenga el subsidio correspondiente de acuerdo con lo previsto en la ley y sus normas reglamentarias.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud únicamente podrán rechazar una afiliación cuando carezcan de los recursos técnicos que le permitan organizar el servicio en la residencia del afiliado o en el evento en que su capacidad de afiliación registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud se encuentre agotada. Cada que se aumente la capacidad de afiliación se informará a la Superintendencia Nacional de Salud, para efectos de la respectiva autorización.</p> <p>4. Libre escogencia de Entidades Promotoras de Salud. Se entenderá como derecho a la libre escogencia, de acuerdo con la Ley, la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio.</p> <p>Del ejercicio de este derecho podrá hacerse uso una vez por año, contado a partir de la fecha de vinculación de la persona, salvo cuando se presenten casos de mala prestación o suspensión del servicio.</p> <p>5. La Libre Escogencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. La Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan Obligatorio de Salud entre un número plural de prestadores. Para este efecto, la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar, excepto cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>La Entidad Promotora de Salud podrá establecer condiciones de acceso del afiliado a los prestadores de servicios, para que ciertos eventos sean atendidos de acuerdo con el grado de complejidad de las instituciones y el grado de especialización de los profesionales y se garantice el manejo eficiente de los recursos.</p> <p>La Entidad Promotora de Salud deberá garantizar al usuario de Planes Complementarios la disponibilidad de prestadores de tales servicios, sin que por ello sea obligatorio ofrecer un número plural de los mismos.</p>
------	---

6. Deber de información. Cuando se suprima una institución prestadora, o un convenio con un profesional independiente, por mala calidad del servicio, este hecho se deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud y a los afiliados dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que se presente la novedad.

7. Prácticas no autorizadas. Las Entidades Promotoras de Salud de conformidad con lo que para el efecto señale el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, deberán abstenerse de introducir prácticas que afecten la libre escogencia del afiliado, tales como las que a continuación se enumeran:

1. Ofrecer incentivos para lograr la renuncia del afiliado, tales como tratamientos anticipados o especiales al usuario sobre enfermedades sujetas a períodos mínimos de cotización así como bonificaciones, pagos de cualquier naturaleza o condiciones especiales para parientes en cualquier grado de afinidad o consanguinidad;

2. Utilizar mecanismos de afiliación que discriminen a cualquier persona por causa de su estado previo, actual o potencial de salud y utilización de servicios;

3. Terminar en forma unilateral la relación contractual con sus afiliados, o negar la afiliación a quien desee afiliarse, siempre que garantice el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo cuando exista prueba de que el usuario ha utilizado o intentado utilizar los beneficios que le ofrece el Sistema General de Seguridad Social en Salud en forma abusiva o de mala fe. Para estos efectos, se consideran conductas abusivas o de mala fe del usuario entre otras, las siguientes:

a) solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios;

b) solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos;

c) suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa o engañosa;

d) utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas más bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles; y

4. Cualesquiera otros medios, sistemas o prácticas que tengan por objeto o como efecto afectar la libre escogencia del usuario.

8. Acuerdos especiales entre la Entidad Promotora y el afiliado. Las Entidades Promotoras de Salud y los afiliados podrán acordar períodos de permanencia del afiliado por un término superior a un año, como contraprestación por la atención de enfermedades sujetas a períodos mínimos de cotización, antes del vencimiento de dichos períodos.

9. Permanencia para atención de servicios sujetos a períodos mínimos de cotización. Una vez cumplidos los períodos mínimos de cotización, el afiliado que haga uso de los servicios organizados por las Entidades Promotoras de Salud para atender esta clase de procedimientos de alto costo sujetos a

períodos mínimos de cotización, deberá permanecer, salvo mala prestación del servicio, por lo menos dos años después de culminado el tratamiento en la respectiva Entidad Promotora de Salud.

10. Incentivos a la permanencia. Las Entidades Promotoras de Salud podrán establecer de manera general para sus afiliados, con aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud, incentivos a la permanencia de los mismos, tales como disminución del valor de los copagos.

11. Alianzas de usuarios. Las alianzas o asociaciones de usuarios que se constituyan, de conformidad con la ley, sobre la base de empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, tendrán como objetivo único el fortalecimiento de la capacidad negociadora, la protección de los derechos de los usuarios y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los afiliados que hagan parte de estos mecanismos de asociación conservarán su derecho a la libre escogencia, para lo cual deberán ser informados previamente de las decisiones proyectadas, y manifestar en forma expresa su aceptación.

12. Contratación de planes adicionales. Los contratos de planes complementarios de medicina prepagada o Seguros de Salud con las personas que no se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, estando obligadas a ello de conformidad con la ley, no se podrán celebrar ni renovar, a partir del 1º. de junio de 1995, a menos que, de conformidad con la información que posea la Superintendencia Nacional de Salud, existan restricciones en la oferta del sistema. La Superintendencia evaluará semestralmente esta situación por un término máximo de (3) años, al cabo de los cuales operará en todo caso la restricción de que trata este artículo.

13. Transparencia. Las Entidades Promotoras de Salud deberán publicar, de conformidad con los parámetros que determine la Superintendencia Nacional de Salud, los estados financieros y las condiciones de prestación del servicio que le permitan a los usuarios tomar racionalmente sus decisiones.

14. Plazo para la escogencia. Las personas con nuevos contratos de trabajo o vinculación laboral deberán escoger al momento de su vinculación la Entidad Promotora de Salud a la cual estarán afiliados. Si pasado este término no eligiere, el empleador escogerá en su nombre la Entidad Promotora de Salud y procederá a afiliarlo. Esta afiliación se considerará válida por un período de tres (3) meses, que podrá prolongarse hasta un (1) año si el trabajador no manifiesta en este período otra decisión.

Las personas con contrato de trabajo o vínculo laboral vigente a 31 de diciembre de 1994 y que se encuentren afiliados a una institución de seguridad social, dispondrán de seis (6) meses para escoger la Entidad Promotora de Salud. Si no manifiesta su intención, se entenderá que permanece en la Entidad a la cual se encuentra afiliado

**Artículo 15. Obligaciones especiales.** Son obligaciones especiales de las Entidades Promotoras de Salud:

1. Acreditar al corte del mes de junio y al corte del mes de diciembre de cada

	<p>año que su composición de beneficiarios se sujetó a los siguientes porcentajes promedio ponderado:</p> <p>a) No menos de un cinco por ciento (5%) deben ser personas mayores de sesenta (60) años;</p> <p>b) No menos de un veinte por ciento (20%) deben ser mujeres entre los quince (15) y los cuarenta y cuatro (44) años.</p> <p>Los porcentajes aquí previstos podrán ser reducidos excepcionalmente por el Ministerio de Salud, previo examen de la composición demográfica de las regiones de influencia donde la Entidad Promotora de Salud preste sus servicios.</p> <p>2. Acreditar después del segundo año de operación, contado a partir de la fecha en que se le otorgue el certificado de funcionamiento, un mínimo de cincuenta mil (50.000) afiliados beneficiarios. Para el primer año se deberá acreditar un mínimo de veinte mil (20.000) afiliados beneficiarios. Igualmente, deberá acreditar una capacidad máxima de afiliación.</p> <p>3. Mantener actualizada toda la información provisional de los afiliados, de tal forma que se logre un adecuado recaudo de la cotización y una oportuna prestación del servicio.</p> <p>4. Contar con mecanismos que le permitan determinar en forma permanente la mora o incumplimiento por parte de los empleadores en el pago oportuno de las cotizaciones, de tal forma que puedan adelantar las acciones de cobro de las sumas pertinentes.</p> <p>(Documento 21)</p>
--	--

## 2.3 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (I.P.S)

### a. Leyes

#### Instituciones Prestadoras de Salud I.P.S

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993	<p><b>Artículo 185. Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud.</b> Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.</p> <p>Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la</p>

	<p>prestación de los servicios de salud.</p> <p>Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el Artículo 241 de la presente Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema. (Documento 2)</p>
--	--

**b. Decretos**  
**Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S)**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto 723 de marzo 14 de 1997	<p><b>Artículo 2. De los contratos entre las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.</b> Las entidad promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud podrán convenir la forma de contratación y pago que más se ajuste a sus necesidades e intereses, tales como la capitación, el pago por conjunto de atención integral (protocolos), el pago por actividad, o la combinación de cualquier forma de éstas. En todo caso deberán establecer la forma de presentación de las facturas, con sujeción a lo dispuesto en el artículo 5º del Decreto 183 de 1997, los términos para el pago de los servicios una vez éstas se presenten y un procedimiento para la resolución de objeciones a las cuentas.</p> <p><b>Artículo 3. Del pago por conjunto de atención integral o pago por actividad.</b> Cuando en los contratos se pacte por conjunto de atención integral o por actividad y no se establezcan los términos para el pago, deberá observarse el siguiente procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A partir de la fecha de entrada en vigencia del presente Decreto, las entidades promotoras de salud deberán comunicar a los prestadores de servicios el periodo del mes en el cual recibirán las facturas o cuentas de cobro. Este periodo será de diez (10) días calendario.</li> <li>2. La entidad promotora de salud tendrá un plazo de veinte (20) días calendario, contados a partir del vencimiento del periodo anterior, para revisar integralmente la cuenta y aceptarla u objetarla.</li> <li>3. En caso de no objeción, la entidad promotora de salud deberá cancelar la cuenta dentro de los diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del plazo estipulado en el numeral precedente.</li> </ol>

	<p><b>Artículo 4. Pago en caso de objeciones.</b> A partir de la vigencia del presente Decreto, las entidades promotoras de salud pagarán al prestador de servicios de salud cuando la factura sea objetada total o parcialmente, el 60% del monto objetado, dentro del término estipulado en el numeral 3u del artículo anterior, salvo que se pacte otra forma de pago. El saldo será cancelado una vez se aclare por parte del prestador del servicio las observaciones efectuadas por la entidad promotora. Las sumas no objetadas deberán ser canceladas en su totalidad.</p> <p>Los prestadores de servicios de salud tendrán la obligación de aclarar ante las entidades promotoras de salud las observaciones que éstas hagan dentro de los veinte (20) días siguientes a su comunicación. Si los prestadores no cumplen con la obligación de aclarar, se entiende que aceptan la reclamación y en consecuencia se efectuarán los ajustes correspondientes. Si hay lugar a restitución de la cantidad ya cancelada o parte de ella, dicha suma se podrá descontar de futuras facturaciones.</p> <p>Cuando un prestador de servicios de salud no dé respuesta satisfactoria a las objeciones en tres (3) oportunidades sucesivas, perderá, por un periodo de tres meses el derecho al pago del 60% objetado dentro de los términos estipulados en el primer inciso, en las siguientes facturaciones.</p> <p><b>Parágrafo.</b> En ningún caso podrá entenderse que el no cumplimiento de los plazos aquí estipulados exonera a la entidad promotora de salud de cancelar los servicios efectivamente prestados, ni al prestador de los servicios de salud de restituir aquellos dineros entregados por las entidades promotoras para la cancelación de servicios facturados y objetados o no debidos.</p> <p><b>Artículo 5. Procedimiento para el pago y las objeciones cuando las instituciones prestadoras de servicios de salud subcontraten.</b> Los procedimientos contemplados en los artículos 3º y 4º del presente Decreto, serán también aplicables a las instituciones prestadoras de servicios de salud que subcontraten la prestación de servicios con otras entidades, grupos de profesionales o profesionales. (Documento 22)</p>
Decreto 2753 del 13 de noviembre de 1997	<p><b>Artículo 1. Definiciones</b> .Son prestadores de servicios:</p> <p>A. Institución Prestadora de Servicios : Es todo establecimiento organizado para la prestación de los servicios de salud</p> <p>B. Grupo de practica profesional: Es el grupo de profesionales del área de la salud que se puede constituir como persona jurídica independiente o conformarse mediante acuerdos contractuales, para prestar servicios de salud a los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud</p> <p>C. Profesional independiente: Es la persona natural con título de educación superior en el área de la salud registrado, que presta los servicios en forma directa a los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud</p> <p><b>Artículo 2. De las modalidades de prestación de servicios.</b> Los prestadores de servicios de salud pueden prestar servicios de salud bajo dos modalidades: hospitalaria y ambulatoria; esta última podrá ser intramural o extramural. Los prestadores de servicios de salud pueden establecer distintas</p>

	<p>combinaciones en la prestación de los servicios.</p> <p><b>Artículo 3. De la complejidad de los servicios.</b> Los servicios de los prestadores de servicios de salud se continuaran clasificando en grados de complejidad de acuerdo con la tecnología y el personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento de salud. Los grados de complejidad son bajo, mediano y alto, en este ultimo se incluyen los niveles tres y cuatro previstos en la resolución 5261 de agosto 5 de 1994.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Los prestadores pueden prestar uno o mas servicios de distinto grado de complejidad y/o modalidad, para lo cual deben cumplir los requisitos esenciales de prestación de servicios establecidos en las normas sobre garantía de calidad. La clasificación de los establecimientos dependerá de la complejidad predominante de sus servicios.</p> <p><b>Artículo 4. Del diseño de los servicios.</b> Los prestadores de servicios de salud deben tener en cuenta en el diseño de sus servicios la diversidad étnica y cultural de la población, y pueden incorporar los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos de medicina alopática y alternativa. Los procedimientos de las terapias alternativas solo pueden ser ejercidos por personal médico. Los prestadores de servicios de salud concertaran con las comunidades indígenas la prestación de los servicios, teniendo en cuenta el respeto por sus tradiciones. Los prestadores de servicios de salud deben considerar en el diseño médico arquitectónico las necesidades específicas de la población a la cual están dirigidos sus servicios, en particular aquellas que tiendan a facilitar el acceso de las personas con discapacidad.</p> <p><b>Parágrafo:</b> En ningún caso las adecuaciones a que hace referencia este artículo pueden ir en desmedro de la calidad o la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud en la prestación de sus servicios.</p> <p><b>Artículo 5. De la calidad del servicio.</b> Los prestadores de servicios de salud deben cumplir con los requisitos sanitarios y de funcionamiento vigentes, en especial aquellos contemplados en la Ley 9 de 1979, el decreto 2240 de 1996, la resolución 4445 de 1996 y las demás normas que los modifiquen o los adicionen. Igualmente deben cumplir y desarrollar las normas sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, con el fin de lograr el mejoramiento continuo de esta, en particular lo señalado en el decreto 2174 de 1996 y las normas que lo reglamenten, modifiquen o adicionen.</p> <p><b>Artículo 9. De la seguridad personal del usuario.</b> Todo prestador de servicios de salud debe garantizar el cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes sobre seguridad personal de los usuarios (Documento 23)</p>
--	---

### 3. ASPECTOS FINANCIEROS REGIMEN CONTRIBUTIVO

### 3.1 UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC)

#### a. Leyes

##### Unidad de Pago por Capitación (UPC)

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 de 23 de diciembre de 1993	<p><b>Artículo 182.</b> De los ingresos de las entidades promotoras de salud. Las cotizaciones que recauden las entidades promotoras de salud pertenecen al sistema general de seguridad social en salud.</p> <p>Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada entidad promotora de salud un valor per cápita, que se denominará unidad de pago por capitación, UPC. Esta unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Las entidades promotoras de salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad. (Documento 2)</p>

#### b. Acuerdos

##### Unidad de Pago por Capitación (UPC)

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Acuerdo 259 de 2004 del Consejo nacional de seguridad social en salud	<p><b>Artículo 1.</b> Fijar el valor promedio ponderado de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo, para el año 2004 en la suma anual de <b>\$344,973.60</b>, que corresponde a un valor diario de <b>\$958.26</b>.</p> <p>El monto anterior incluye el costo de la prueba de ayuda diagnóstica de laboratorio Carga Viral para VIH y de la prótesis endovascular Stent Coronario Convencional no recubierto.</p> <p><b>Artículo 2.</b> Para cada EPS mantener el 0.25% del Ingreso Base de Cotización para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general a todos sus afiliados cotizantes, valor que incluye lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5º del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999.</p> <p><b>Artículo 3.</b> Las licencias de maternidad y paternidad se pagarán con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta de Compensación. Se incluirá en este valor lo correspondiente a los aportes de los trabajadores</p>

independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5° del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999.

**Artículo 4.** Fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación por estructura poblacional y de costo para el Régimen Contributivo, así:

<b>Grupo etario</b>	<b>Estructura de Costo</b>	<b>Valor año</b>
Menores de un año	2.47	\$852,084.79
De 1 a 4 años	1.28	\$441,566.21
De 5 a 14 años	0.68	\$234,582.05
De 15 a 44 años (Hombres)	0.60	\$206,984.16
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.24	\$427,767.26
De 45 a 59 años	0.81	\$279,428.62
Mayores de 60 años	2.28	\$786,539.81

A la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo se le reconocerá una prima adicional del 33% en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá dando como resultado un valor promedio de UPC anual de **\$458,816.40**, que corresponde a un valor diario de \$1,274.49. Se exceptúan de este incremento las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicará la UPC del resto del país.

La estructura de costo por grupo etario es la siguiente:

<b>Grupo etario</b>	<b>Estructura de Costo</b>	<b>Valor Año</b>
Menores de un año	2.47	\$1,133,276.51
De 1 a 4 años	1.28	\$587,284.99
De 5 a 14 años	0.68	\$311,995.15
De 15 a 44 años (Hombres)	0.60	\$275,289.84
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.24	\$568,932.34
De 45 a 59 años	0.81	\$371,641.28
Mayores de 60 años	2.28	\$1,046,101.39

**Artículo 6.** Mantener el 0.41% del Ingreso Base de Cotización para la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fondo de Solidaridad y Garantía.

**Artículo 7.** Incrementar el valor que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud para el desarrollo de actividades de Promoción y Prevención, durante el año 2004 a la suma anual de \$14,313.60 año, que corresponde a un valor diario de \$39.76 para el Régimen Contributivo.

**Artículo 8.** El valor de la Unidad de Pago por Capitación que se define en el presente acuerdo rige a partir de la vigencia del mismo y hasta el 31 de diciembre del año 2004. En consecuencia, en las declaraciones de giro y compensación correspondientes al mes de marzo de 2004 y siguientes, las UPC destinadas a financiar el POS-C, se reconocerán a partir de esa fecha con base en el valor aquí definido. Así mismo, se reajustarán los contratos del Régimen Subsidiado, correspondientes a todos los períodos de contratación, a

	<p>partir del 1º de enero de 2004.</p> <p><b>Artículo 9. Reporte sobre estado de recobros.</b> El Ministerio de la Protección Social entregará un informe cada cuatro meses al CNSSS, sobre el estado de los recobros por concepto de medicamentos que están por fuera del POS-C y POS-S y tutelas, con el fin de monitorear el efecto que pueda tener en las Subcuentas del Fosyga. (Documento24)</p>
--	--

### 3.2 COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

#### a. Leyes

##### Copagos y cuotas moderadoras

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 de 23 de diciembre de 1993	<p><b>Artículo 187. De Los Pagos Moderadores.</b> Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud.</p> <p>Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidas por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (Documento 2)</p>

#### b. Acuerdos

##### Copagos y cuotas moderadoras

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Acuerdo 260 de 2004 del Consejo nacional de seguridad social en salud	<p><b>Artículo 1. Cuotas moderadoras.</b> Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.</p> <p><b>Artículo 2. Copagos.</b> Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.</p>

**Artículo 3. Aplicación de las cuotas moderadoras y copagos.** Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

**Parágrafo.** De conformidad con el numeral tercero del artículo 160 de la Ley 100 de 1993, es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes.

**Artículo 4. Ingreso base para la aplicación de las cuotas moderadoras y copagos.** Las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Si existe más de un cotizante por núcleo familiar se considerará como base para el cálculo de las cuotas moderadoras y copagos, el menor ingreso declarado.

**Artículo 5. Principios para la aplicación de cuotas moderadoras y de copagos.** En la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, deberán respetarse los siguientes principios básicos:

1. Equidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.

2. Información al usuario. Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.

3. Aplicación general. Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.

4. No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán organizar y establecer la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo, sin que se requiera autorización previa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 6. Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras.** Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que autónomamente definan las EPS:

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.

2. Consulta externa por médico especialista.

3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.

4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma

ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.

5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.

6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

Parágrafo 1º. En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias.

Parágrafo 2º. Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.

Parágrafo 3º. Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

**Artículo 7. Servicios sujetos al cobro de copagos.** Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención.
2. Programas de control en atención materno infantil.
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias.
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente.

**Artículo 8. Monto de cuotas moderadoras.** Las cuotas moderadoras se aplicarán por cada actividad contemplada en el artículo 6º del presente acuerdo, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, así:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos, el 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos, el 121.5% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

Parágrafo. Para efectos de facilitar el cobro de las cuotas moderadoras, los valores en pesos resultantes de la aplicación de los anteriores porcentajes se ajustarán a la centena inmediatamente superior.

**Artículo 9. Monto de copagos por afiliado beneficiario.** El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios

mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda del 115% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, por un mismo evento.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. Para efectos del presente acuerdo se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario.

**Artículo 10. Tope máximo de copagos por afiliado beneficiario.** El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 57.5% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 460% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

**Artículo 11. Contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado.** Los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles o categorías fijadas por el Sisbén de la siguiente manera:

1. Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos.
2. Para el nivel 1 del Sisbén y la población incluida en listado censal, el copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de medio salario mínimo legal mensual vigente.
3. Para el nivel 2 del Sisbén el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente.

Artículo 12. En el Régimen Subsidiado se prohíbe el cobro de copagos al control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones y a la atención del niño durante el primer año de vida.

	<p><b>Artículo 13. Autonomía de las EPS.</b> Las Entidades Promotoras de Salud están en libertad para definir las frecuencias de aplicación de las cuotas moderadoras y copagos para lo cual deberán tener en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de servicios. En todo caso deberán contar con un sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicios, de manera tal que en un año calendario esté exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta o servicio previstos en el artículo 6º del presente acuerdo con excepción de la consulta externa médica de que trata el numeral 1.</p> <p>Así mismo, están en libertad para definir de manera general el no pago de cuotas moderadoras en los casos de órdenes de ayudas diagnósticas o de fórmulas de medicamentos con dos o menos ítems.</p> <p>Igualmente podrán establecer los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, estampillas, valeras o la cancelación en efectivo, directamente o mediante convenios con las IPS en los términos en que estas lo acuerden. En todo caso las EPS deberán aceptar el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado.</p> <p>La totalidad de los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras pertenecen a la Entidad Promotora de Salud.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán establecer y hacer público en un medio masivo de información, por lo menos una vez al año, su Plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, o cualquier modificación a este.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> En ningún caso se podrá suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras (Documento 25)</p>
--	--

### 3.3 FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍAS (FOSYGA)

#### a. Leyes

#### Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA)

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993	<p><b>Artículo 218. Creación Y Operación Del Fondo.</b> Crease el Fondo de Solidaridad y Garantía, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política.</p> <p>El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinará los criterios de utilización y distribución de sus recursos.</p> <p><b>Artículo 219. Estructura Del Fondo.</b> El Fondo tendrá las siguientes subcuentas independientes:</p> <p>a) De compensación interna del régimen contributivo;</p>

	<p>b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud;</p> <p>c) De promoción de la salud;</p> <p>d) Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, según el artículo 167 de esta Ley.</p> <p>(Documento 2)</p>
--	---

**b. Decretos**  
**Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA)**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto 1283 de julio 23 de 1996	<p><b>Artículo 1. Naturaleza del Fondo. El Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga,</b> es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia.</p> <p><b>Artículo 2. Estructura del Fosyga.</b> El Fosyga tendrá las siguientes subcuentas:</p> <p>a) De compensación interna del régimen contributivo;</p> <p>b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud;</p> <p>c) De promoción de la salud;</p> <p>d) De seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.</p> <p><b>Artículo 3. Independencia de los recursos de las subcuentas del Fosyga.</b> Los recursos del Fosyga se manejarán de manera independiente dentro de cada subcuenta y se destinarán exclusivamente a las finalidades consagradas para éstas en la ley, de conformidad con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política. Los intereses y rendimientos financieros que produzca cada una de ellas se incorporarán a la respectiva subcuenta, previo el cumplimiento de las normas presupuestales que sean aplicables a cada una de ellas.</p> <p><b>Artículo 4. Administración de las subcuentas.</b> Cada una de las subcuentas que compone el Fosyga deberá ser administrada mediante encargo fiduciario, sin perjuicio de que mediante un mismo encargo se administren todas o varias de ellas, de conformidad con los contratos fiduciarios. Los procesos de contratación estarán sujetos a las disposiciones de la Ley 80 de 1993 y demás normas que la reglamenten, adicionen o modifiquen.</p> <p><b>Artículo 5. Dirección del Fondo.</b> La Dirección y control integral del Fosyga está a cargo del Ministerio de Salud, quien a través de la Dirección General de Gestión Financiera garantizará el adecuado cumplimiento y desarrollo de sus objetivos. Para estos efectos el Ministerio de Salud deberá contratar una auditoría especializada en manejo financiero, de gestión y demás aspectos que se consideren necesarios.</p> <p><b>Artículo 6. Consejo Administrador.</b> El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, actuará como Consejo Administrador del Fosyga y tendrá</p>

las siguientes funciones:

1. Determinar los criterios de utilización y distribución de los recursos del Fosyga.
2. Aprobar el presupuesto anual de ingresos y gastos del Fosyga presentado a su consideración por la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud y sus modificaciones. Allí se indicarán de forma global los requerimientos presupuestales por concepto de apoyo técnico, auditoría y remuneraciones fiduciarias necesarios para garantizar el manejo integral del Fosyga y se detallarán los ingresos y gastos de cada una de las subcuentas.
3. Aprobar anualmente los criterios de distribución de los excedentes existentes a 31 de diciembre de cada año, en cada una de las subcuentas del Fosyga, de conformidad con la ley y con los reglamentos internos.
4. Estudiar los informes sobre el Fosyga que le sean presentados periódicamente por la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud y señalar los correctivos que a su juicio, sean convenientes para su normal funcionamiento.
5. Estudiar los informes presentados por la Superintendencia Nacional de Salud y hacer las recomendaciones pertinentes para el adecuado cumplimiento y desarrollo de los objetivos del Fondo.
6. Determinar los eventos para los cuales el Fosyga organizará fondos de reaseguramiento o de redistribución de riesgo y los mecanismos necesarios para su funcionamiento.
7. Aprobar el manual de operaciones del Fosyga.
8. Las demás que le señale la ley y sus reglamentos.

**Artículo 7. Encargo fiduciario.** En los contratos de encargo fiduciario que se celebren, se deberán incluir, adicional a las obligaciones propias requeridas para el manejo de cada una de las subcuentas y a las comunes a este tipo de negocio, entre otras las siguientes obligaciones a cargo de la entidad fiduciaria:

1. Supervisar y garantizar el recaudo oportuno de las cotizaciones a cargo de las entidades promotoras de salud.
2. Reportar cualquier anomalía o inconsistencia en el recaudo, a la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud.
3. Instrumentar e implementar un sistema que garantice la obtención de la información estadística financiera, epidemiológica y las demás que sean requeridas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las solicitudes presentadas por el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Gestión Financiera.
4. Disponer de la infraestructura necesaria que permita acceder a las bases de datos que deben mantener actualizadas las entidades promotoras de salud y las demás entidades administradoras del sistema general de seguridad social en salud, según su naturaleza, con la siguiente información mínima:

a) Relación de afiliados cotizantes, debidamente identificados con el respectivo documento, fecha de nacimiento y sexo, así como la plena identificación de su grupo familiar, el salario base de cotización de los cotizantes del grupo familiar por departamento y por municipio;

- b) Licencias, suspensiones, retiros, nuevas afiliaciones y demás novedades de personal que se estimen necesarias;
- c) Recaudo por cotizaciones y su distribución por cada subcuenta;
- d) Desembolsos por el pago de la prestación de servicios, efectuados por las entidades promotoras de salud.
- e) Relación de afiliados al régimen subsidiado en salud, debidamente identificados;
- f) Relación de aportantes (empleadores y cotizantes independientes) detallando aquellos que se encuentran en mora en el pago.

Esta información debe estar a disposición del Ministerio de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud, en cualquier momento.

5. Garantizar el apoyo técnico que requiera la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud para el manejo integral del Fosyga, la auditoria especializada en el manejo financiero y de gestión y la realización de los estudios necesarios que se requieran para mejorar y fortalecer su funcionamiento.

6. Suministrar a la auditoria del Fosyga la información que requiera para el desarrollo de su labor, presentar los informes que ésta exija y prestar el apoyo necesario para el cumplimiento de su función.

7. Realizar las operaciones financieras a que haya lugar para garantizar la liquidez y el pago oportuno a las entidades promotoras de salud deficitarias, en el momento de efectuar la compensación interna de las subcuentas de compensación y promoción, según sea el caso.

8. Adelantar con sujeción a la ley, los procesos de contratación y celebrar los contratos que se requieran para el funcionamiento del Fosyga de acuerdo con las instrucciones recibidas por la Dirección General de Gestión Financiera. En todos los casos, los criterios técnicos para adelantar los procesos de licitación y la adjudicación son competencia del Ministerio de Salud.

**Parágrafo.** El sistema de información es de propiedad exclusiva del Ministerio de Salud y estará, en cualquier momento, a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud o de cualquier otro organismo de control y vigilancia que así lo requiera.

El Fosyga recopilará la información a que se refiere el presente decreto, con base en los datos que le suministren las entidades promotoras de salud y demás instituciones que hacen parte del sistema de salud, de conformidad con los requerimientos del Ministerio de Salud.

#### **Subcuenta de solidaridad**

**Artículo 21. Objeto.** Los recursos de esta subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud, a través de la cofinanciación de los subsidios correspondientes.

**Artículo 22. Recursos de la subcuenta de solidaridad.** La subcuenta de solidaridad contará con los siguientes recursos:

1. Un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, de conformidad con lo dispuesto en el literal a) del artículo 221 de la Ley 100 que será girado por las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a la subcuenta de solidaridad, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha límite establecida para el pago de cotizaciones.
2. El porcentaje de los recursos recaudados por concepto del subsidio familiar que administran las Cajas de Compensación Familiar, definido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, que podrá ser administrado de manera directa por éstas, previo cumplimiento de las normas establecidas para tal efecto.
3. Un aporte del presupuesto nacional en los términos establecidos en el literal c) del artículo 221 de la Ley 100 de 1993.
4. Los rendimientos financieros generados por la inversión de los recursos anteriormente enunciados.
5. Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de la zona Cusiana y Cupiagua. Estos recursos se deducirán de la base de cálculo de los ingresos corrientes a que hace referencia las Leyes 60 de 1993 y 223 de 1995.
6. Las multas que tratan el artículo 271 de la Ley 100 de 1993 y el numeral 25 del artículo 5º del Decreto-ley 1259 de 1994.

#### **Subcuenta de promoción de salud**

**Artículo 25. Objeto.** La subcuenta de promoción tiene por objeto financiar las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, de acuerdo con las prioridades que al efecto defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 26. Recursos de la subcuenta de promoción.** La subcuenta de promoción se financiará con un porcentaje de la cotización, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud', que en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización de los afiliados al régimen contributivo.

Adicionalmente, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, podrá destinar a esta subcuenta, parte de los recursos que recauden las entidades promotoras de salud por concepto de pagos moderadores.

**Artículo 27. Recursos especiales.** Los recursos provenientes del impuesto social a las municiones y explosivos de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, ingresarán a la subcuenta de promoción de la salud y se destinarán a la financiación de campañas de prevención de la violencia y de promoción de la convivencia pacífica, a nivel nacional y territorial.

Para efectos de financiar las campañas territoriales, el Ministerio de Salud distribuirá los recursos de conformidad con los criterios que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Este impuesto será recaudado por Indumil y deberá girarse al Fosyga, dentro de los primeros quince días calendario de cada mes.

Estos recursos se girarán directamente a los fondos de salud de las entidades territoriales una vez haya sido aprobado por la Dirección General de

Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, los proyectos presentados por éstas.

**Artículo 28. Valor anual per cápita para planes de prevención.** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá anualmente el valor per cápita destinado al pago de las actividades de prevención de la enfermedad que realicen las entidades promotoras de salud, con cargo a los recursos de la subcuenta.

**Artículo 29. Compensación y declaración de giro y compensación.** Las EPS harán un cruce mensual de cuentas, en las declaraciones de giro y compensación, y girarán a la subcuenta de promoción, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la última fecha límite establecida para el pago de cotizaciones, la diferencia que resulte de restar del valor total recaudado por concepto del porcentaje autorizado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el valor correspondiente a una doceava parte del valor anual per cápita reconocido a las EPS que desarrollen programas de prevención en los términos fijados por el CNSSS. En caso de ser deficitarias, el Fosyga les girará la diferencia dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la presentación de la declaración.

**Subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.**

**Artículo 30. Objeto.** La subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito tiene como objeto garantizar la atención integral a la víctimas que han sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catastróficos, de acuerdo con las siguientes definiciones:

- a) Accidente de tránsito. Se entiende por accidente de tránsito el suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehículo automotor, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito causa daño en la integridad física de las personas;
- b) Eventos terroristas ocasionados por bombas o artefactos explosivos. Son aquellos eventos producidos con bombas o artefactos explosivos que provocan pánico a una comunidad y daño físico a las personas y a los bienes materiales;
- c) Catástrofes de origen natural. Se consideran catástrofes de origen natural aquellos cambios en el medio ambiente físico identificables en el tiempo y en el espacio, que afectan una comunidad, tales como sismos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra, inundaciones y avalanchas;
- d) Otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que tengan origen natural o sean provocados por el hombre en forma accidental o voluntaria, cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquél se produce y que la afecten en forma masiva e indiscriminada, generando la necesidad de ayuda externa. Estos eventos deberán ser declarados como tales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 31. Recursos de la subcuenta de riesgos catastróficos accidentes de tránsito.** La subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito contará con los siguientes recursos:

1. Los recursos del Fonsat creado por el Decreto-ley 1032 de 1991:

a) Las transferencias efectuadas por las entidades aseguradoras autorizadas para operar el ramo de seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito, correspondientes al 20% de las primas emitidas;

b) Aportes y donaciones en dinero o en especie de personas naturales y jurídicas nacionales

o extranjeras;

c) Los rendimientos de sus inversiones;

d) Los demás que reciba a cualquier título.

2. Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, que se cobrará en adición a ella.

3. Los aportes presupuestales del Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República para las víctimas del terrorismo, cuando este Fondo se extinga.

**Parágrafo.** Estos recursos serán complementarios a los recursos que para la atención hospitalaria de las urgencias destinen las entidades territoriales.

**Artículo 32. Beneficios.** Las víctimas de los eventos definidos en el artículo 30 del presente Decreto, tendrán derecho a los siguientes beneficios con cargo a esta subcuenta, sin perjuicio de las acciones de reclamación civiles y/o penales que correspondiere y que adelante la Nación-Fondo de Solidaridad y Garantía contra los responsables directos:

1. Servicios médico quirúrgicos. Se entienden por servicios médico quirúrgicos todos aquellos servicios destinados a lograr la estabilización del paciente, al tratamiento de las patologías resultantes de manera directa del evento terrorista, catastrófico o accidente de tránsito y a la rehabilitación de las secuelas producidas.

\* Los servicios médico quirúrgicos comprenden las siguientes actividades:

\* Atención de urgencias

\* Hospitalización

\* Suministro de material médico quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis

\* Suministro de medicamentos

\* Tratamiento y procedimientos quirúrgicos

\* Servicios de Diagnóstico

\* Rehabilitación

2. Indemnización por incapacidad permanente. Se entiende por incapacidad permanente la pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación, de la función de una parte del cuerpo que disminuya la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente.

El Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá a título de indemnización hasta un máximo de 180 salarios mínimos legales diarios vigentes a la fecha del pago por este concepto, de acuerdo con las tablas de invalidez que se adopten para efecto del reconocimiento de las pensiones por incapacidad del régimen de pensiones o de riesgos profesionales. La certificación de incapacidad permanente en este caso debe ser expedida por las Juntas de Calificación de Invalidez de que trata la Ley 100 de 1993.

3. Indemnización por muerte. En el caso de muerte como consecuencia de un evento catastrófico o de un accidente de tránsito, el Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá una indemnización equivalente a seiscientos (600) salarios mínimos legales diarios vigentes aplicables al momento del accidente o a la ocurrencia del evento catastrófico, siempre y cuando la muerte se presente en un término no mayor de un año contado a partir de la fecha del accidente o evento catastrófico. Esta indemnización se pagará de conformidad con las normas legales, al cónyuge, compañero o compañera permanente de la víctima en la mitad de la indemnización y a sus herederos en la mitad restante. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, la totalidad de la indemnización se distribuirá entre los herederos.

4. Gastos funerarios. En el caso previsto en el numeral anterior, el Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá por gastos funerarios hasta una cuantía máxima de ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del accidente.

Si la persona fallecida estuviere afiliada a un fondo de pensiones, los gastos funerarios correrán por cuenta de dicho fondo. En los casos en que el accidente de tránsito sea cubierto por la póliza del SOAT, será la aseguradora la responsable del pago de los gastos funerarios.

5. Transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía financiará los gastos de transporte y movilización de víctimas desde los sitios de ocurrencia del evento catastrófico o del accidente de tránsito al primer centro asistencial a donde sea llevada la víctima para efectos de su estabilización, hasta 10 salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del evento. Entre éste y el primer centro asistencial de referencia, en los casos en que la complejidad de la patología y el nivel de atención así lo amerite, se pagará con las tarifas de la institución que remite.

**Parágrafo 1.** Salvo los servicios médico quirúrgicos, la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Ac-cidentes de Tránsito otorgará los demás beneficios con estricta sujeción a las disponibilidades presupuestales. Con este fin, el Ministerio de Salud, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social, podrá distribuir los recursos disponibles entre todas las víctimas, en forma total o parcial, teniendo en cuenta la capacidad socio-económica de las mismas.

**Parágrafo 2.** Los beneficios de indemnización por incapacidad permanente, por muerte y los gastos funerarios sólo se otorgarán con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía cuando se trate de víctimas no afiliadas al Sistema General de Pensiones o al Sistema de Riesgos Profesionales, según sea el caso.

**Parágrafo 3.** Las víctimas de accidentes de tránsito tendrán derecho a los

beneficios establecidos en el estatuto financiero y a lo dispuesto en el presente Decreto.

**Artículo 33. Destinación de los recursos.** Los recursos de esta subcuenta se destinarán a:

1. El pago de indemnizaciones a que haya lugar de acuerdo con los amparos establecidos en el Decreto-ley 1032 de 1991, cuando se originen en accidentes de tránsito que involucren vehículos no identificados o no asegurados.
2. El pago de los excedentes que resulten de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito.
3. El pago de los gastos que demande la atención integral de las víctimas de eventos catastróficos y terroristas.
4. Una vez atendidas las anteriores erogaciones, del saldo existente a 31 de diciembre de cada año y de los recursos pendientes de asignación en cada vigencia, se destinará el 50% a la financiación de programas institucionales de prevención y atención de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos y terroristas y de aquellos destinados al tratamiento y rehabilitación de sus víctimas, previa aprobación de distribución y asignación por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**Parágrafo.** De la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito se girarán directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, personas naturales y entidades territoriales, las sumas correspondientes a la atención de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito y demás gastos autorizados, según los procedimientos establecidos.

**Artículo 34. Del cubrimiento de servicios médico quirúrgicos.** El Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá la atención de los servicios médico-quirúrgicos en los riesgos catastróficos y en los accidentes de tránsito, de conformidad con las siguientes reglas:

A. Accidentes de tránsito. En el caso de los accidentes de tránsito ocasionados por vehículo no identificado o no asegurado, el monto máximo por servicios médico-quirúrgicos será hasta de 500 salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento de ocurrencia del accidente.

En caso de víctimas politraumatizadas y de requerirse servicios de rehabilitación una vez agotado el límite de cobertura de que trata el inciso anterior cuando se trata de vehículos no identificados o no asegurados, o agotada la cobertura prevista para el SOAT, la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, asumirá por una sola vez, reclamación adicional por los excedentes de los gastos anotados, hasta por un valor máximo equivalente a 300 salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento del accidente, previa presentación de la cuenta debidamente diligenciada.

Las cuentas de atención de los servicios médico-quirúrgicos en el caso de los accidentes de tránsito, que excedan el tope adicional de los 300 salarios mínimos diarios legales vigentes, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud

a la cual está afiliada la persona o por las Administradoras de Riesgos Profesionales cuando se trate de accidentes de tránsito, calificados como accidentes de trabajo.

B. Eventos catastróficos y terroristas. El cubrimiento de los beneficios en materia de servicios médico-quirúrgicos en caso de eventos catastróficos tendrá un tope hasta de 800 salarios mínimos diarios vigentes.

Sin embargo, la entidad administradora del FOSYGA está en la obligación de contratar un seguro para garantizar una cobertura superior a la anotada en el inciso anterior, a las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope, o constituir una reserva especial para cubrir estas eventualidades.

El Servicio de Rehabilitación a las víctimas de eventos catastróficos se registrará en su totalidad por lo dispuesto en la Resolución 004108 de 1993 o en las normas que la adicionen, modifiquen o deroguen, y tendrá una duración máxima de seis (6) meses. Si la junta de calificación de invalidez de que trata la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, determina que la incapacidad permanente es menor del 50% y existen aún posibilidades de mejoría se pagará el servicio de rehabilitación durante seis (6) meses más; transcurrido este tiempo pasará el caso al régimen de pensión por invalidez bien sea por Accidentes de Trabajo o Enfermedad Profesional ATEP o por accidente de origen común.

**Artículo 38. De las tarifas y criterios para el pago de beneficios.** Las tarifas para la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria prestada a las víctimas de los accidentes de tránsito, serán fijadas por el Gobierno Nacional, de conformidad con los criterios que para el efecto determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Dichas tarifas serán de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas y serán fijadas en salarios mínimos legales vigentes.

Mientras se establecen las tarifas y criterios a que hace referencia el inciso anterior, se seguirá aplicando el Manual de Tarifas SOAT-FONSAT vigente.

**Artículo 39. Del pago de las incapacidades temporales.** Las Entidades Promotoras de Salud pagarán las incapacidades temporales originadas en los; eventos previstos en este Decreto a sus afiliados del régimen contributivo, de conformidad con las normas respectivas.

Las incapacidades que se generen en accidentes de tránsito, calificados como accidentes de trabajo, serán pagadas por las entidades administradoras de riesgos profesionales correspondientes.

**Artículo 40. Pagos por concepto del SOAT.** Las entidades que en ejecución de los planes de salud de que trata la Ley 100 de 1993, cubran la atención médica de sus afiliados en caso de accidente de tránsito, tendrán derecho a reclamar los valores correspondientes ante las entidades aseguradoras y el Fondo de Solidaridad y Garantía de conformidad con lo dispuesto en el presente Decreto.

(Documento 26)

<p>Decreto 1281 de junio 10 de 2002</p>	<p><b>Artículo 1. Eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos.</b> 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.</p> <p>La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país.</p> <p><b>Artículo 2. Rendimientos financieros.</b> 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.</p> <p><b>Artículo 3. Reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.</b> 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.</p> <p>Cuando la apropiación o reconocimiento a que alude este artículo sea evidenciada por el actor que maneja los recursos, éste deberá reintegrarlos en el momento en que detecte el hecho.</p> <p>En el evento en que la apropiación o reconocimiento sin justa causa se haya producido a pesar de contarse con las herramientas, información o instrumentos para evitarlo, los recursos deberán reintegrarse junto con los respectivos intereses liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN. Cuando la apropiación se presente pese a la diligencia del respectivo actor o por circunstancias que escaparon a su control, los recursos deberán reintegrarse debidamente actualizados por el Índice de Precios al Consumidor, IPC.</p>
---	---

**Artículo 4. Intereses moratorios.** El incumplimiento de los plazos previstos para el pago o giro de los recursos de que trata este decreto, causará intereses moratorios a favor de quien debió recibirlos, liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

**Artículo 13. Términos para cobros o reclamaciones con cargo a recursos del Fosyga.** Sin perjuicio de los términos establecidos para el proceso de compensación en el régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud, con el fin de organizar y controlar el flujo de recursos del Fosyga, cualquier tipo de cobro o reclamación que deba atenderse con recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga deberá tramitarse en debida forma ante su administrador fiduciario dentro de los seis meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda. En consecuencia, no podrá efectuarse por vía administrativa su reconocimiento con posterioridad al término establecido.

La reclamación o trámite de cobro de las obligaciones generadas con cargo a los recursos del Fosyga, antes de la entrada en vigencia del presente decreto, deberán presentarse dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de este decreto.

**Artículo 14. Facturación y montos mínimos de reclamaciones con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga.** Ante el administrador fiduciario del Fosyga sólo se tramitarán reclamaciones cuyo monto supere un cuarto del salario mínimo mensual legal vigente.

Para las reclamaciones o cobros por atenciones cuyo costo sea igual o inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, presentarán una única reclamación mensual para la totalidad de los pacientes, acompañando una relación de ellos, suscrita por el representante legal y el revisor fiscal de la entidad, si lo hubiere, con la documentación e información soporte que establezca el Ministerio de Salud.

**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.

	<p>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.</p> <p>Las compañías de seguros que cuenten con el ramo de seguro obligatorio de accidentes de tránsito, SOAT, reportarán de manera permanente la información requerida por el administrador fiduciario del Fosyga en los términos y condiciones que establezca el Ministerio de Salud. Igualmente, cuando una reclamación deba ser asumida por la compañía aseguradora y por la subcuenta ECAT del Fosyga, el administrador fiduciario del Fosyga tramitará el pago que le corresponda al fondo una vez demostrado el reconocimiento de la parte correspondiente a la aseguradora. (Documento 10)</p>
--	--

### III. INFORMES JURÍDICOS O TÉCNICOS

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Departamento Nacional de Planeación <b><u>Evaluación sistema general de seguridad social en salud</u></b> Diciembre de 1999. Fuente: www.dnp.gov.co</p>	<p>El documento hace un recorrido por la situación anterior y actual de SGSSS y evalúa temas como cobertura, eficiencia, calidad y viabilidad financiera.</p> <p>La cobertura de los servicios de salud era deficiente, especialmente para la población más pobre y vulnerable. Estudios realizados en 1993 muestran que del 10 al 20% de las personas enfermas en el decil más pobre de la población, el 34.8% no asistieron a los servicios de salud; este porcentaje va disminuyendo en cada decil hasta el último donde el 7.1% de los enfermos no acudieron a estos servicios. Las causas por las cuales las personas no asistieron a las instituciones oferentes de salud fueron, en orden, el alto costo de los servicios (50.5%), las barreras al acceso de tipo cultural, geográfico, etc. (36.5%), la no existencia de centros de atención (9.7%) y el rechazo a los consultantes (3.3%)<sup>2</sup>.</p> <p><b>Avances de la reforma</b></p> <p><b>Acceso:</b> Los resultados alcanzados en aseguramiento son muy importantes. En 1993, 8 millones de personas -24.8% de la población total- estaban afiliadas a la seguridad social<sup>17</sup> mientras que en diciembre de 1998 se encontraban afiliados al sistema casi 25 millones de colombianos, lo cual representa el 60.4% de la población. De esta cifra, 16.5 millones (65.8%) corresponden al régimen contributivo y más de 8.5 millones (34.2%) se encuentran en el régimen subsidiado.</p> <p>En cuanto al régimen contributivo se presentó un leve incremento en el número de afiliados a las 51 entidades de aseguramiento entre 1998 y 1999, pasando de 16.433.463 a 16.693.138. El 70.7% de esta población se concentra en los 6 territorios de mayor actividad económica del país, sin</p>

embargo, en las zonas con mayor dispersión población se cuenta con una adecuada oferta de aseguramiento, con un mínimo de 5 EPS. 1997, el número de afiliados se había casi triplicado, encontrándose cubiertos 23 millones de colombianos -57% de la población del país -.

### **Viabilidad y estabilidad financiera del SGSSS**

**Evasión:** Hay dos tipos de evasión que afectan el sistema de salud. El primer tipo es la evasión total del sistema, en la cual la persona no se afilia al Régimen Contributivo y el sistema deja de recibir recursos para el Régimen Subsidiado y debe gastar en atención de vinculados. Otra forma de evasión es la evasión parcial o elusión, que resulta de la subdeclaración de ingresos. En este caso, el individuo sí contribuye al Régimen Contributivo pero subdeclara sus ingresos, lo cual reduce la equidad en el SGSSS.

**Evasión total:** La encuesta de Calidad de Vida de 1997, muestra que la razón principal de no afiliación fue la falta de ingresos (48,9%). Otros motivos de no afiliación son la falta de interés (15,5%), ignorancia respecto a la obligatoriedad de afiliación (15,1%) y exceso de trámites (6,6%). Aunque la falta de ingresos es la principal razón de no afiliación, de acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, más de 6.6 millones de colombianos vivían en hogares con ingresos laborales de más de dos salarios mínimos y no se encontraban afiliados.

**Evasión parcial o subdeclaración de ingresos (Elusión):** La subdeclaración de ingresos se origina en dos partes: en los empleados formales cuando la empresa reporta sólo parte de los ingresos de sus empleados<sup>19</sup> y en los afiliados independientes cuando ellos se afilian informando un ingreso inferior al que reciben normalmente. El Sistema dejó de recaudar por esta causa \$136 mil millones por el punto de solidaridad, suficiente para cubrir más de 1,2 millones de afiliados adicionales al Régimen Subsidiado<sup>20</sup> y \$1.6 billones - 35% de lo potencia que habrían permitido aumentar los beneficios del POS y el valor de la UPC, o disminuir la cotización.

**Situación de las EPS:** De acuerdo con la Superintendencia de Salud actualmente existen 29 EPS, 10 de las cuales son públicas, una es mixta, cuatro son cajas de compensación y el resto son privadas. Con excepción del ISS, ninguna individualmente llega a cubrir más del 6% del mercado, no obstante el alto grado de crecimiento y desarrollo. De acuerdo con información de la Superintendencia de Salud, durante los dos primeros años de operación de las EPS, 1995 y 1996, se dio un proceso de ajuste progresivo de su estructura de ingresos, con el valor de la unidad de pago por capitación, UPC, del Régimen Contributivo y de los copagos como elementos fundamentales de financiación propia. Los resultados para 1997 permiten observar que la financiación de las EPS se ha estructurado de tal manera que los ingresos por UPC, copagos y cuotas moderadoras constituyen entre el 80% y el 85% de sus fuentes de ingresos, el resto está constituido por ingresos financieros y otros ingresos como la venta de servicios - planes complementarios y venta de servicios a otras EPS.

Actualmente las EPS afrontan una serie de dificultades dentro de las cuales sobresalen: (i) Desviación entre el valor de la UPC y los costos promedios del conjunto de las EPS: Una evaluación del POS contributivo y subsidiado

	<p>adelantado por el Ministerio de Salud<sup>27</sup> señala que los factores explicativos de esta desviación son la frecuencia de uso de algunos de los servicios, superiores a las previstas, y un reiterativo gasto médico superior al esperado. (ii) Tamaño de las EPS: actualmente 15 EPS tienen niveles de afiliación inferiores a 200 mil personas<sup>28</sup>, cifra aconsejable para compensar riesgos. (iii) Problemas con la identificación de los gastos por riesgos profesionales: Las EPS están asumiendo un porcentaje no cuantificado de los gastos en la atención de riesgos profesionales con recursos de salud, gastos que no pueden ser identificados contablemente y por lo tanto no son reconocidos por las ARP. (iv) Las EPS públicas -ISS, Cajanal y Caprecom -, no han cumplido con la transformación que les exigía la Ley, sino que por el contrario presentan ineficiencia y manejos inadecuados que han impedido su adaptación al Sistema.</p> <p><b>Calidad:</b> A pesar de los resultados arrojados por la Encuesta de Calidad de Vida según los cuales 85% de la población en 1997 recibió atención oportuna y 83% calificó la atención como buena, algunos factores como la inexistencia de un sistema de acreditación médica e institucional, el represamiento de cirugías pendientes de realizar, la proliferación indiscriminada de establecimiento educativos que ofrecen diferentes programas en el área de salud con curriculum de baja calidad pueden afectar la calidad y oportunidad de los servicios de salud a los que accede la población.</p> <p><b>Sistemas de información:</b> La reforma no ha contado hasta ahora con un sistema de información confiable sobre afiliados y afiliación, oferta y uso de servicios y asignación de recursos. La información disponible, fragmentaria e inoportuna, es inadecuada para evaluar los aspectos esenciales de la conducción y operación del sistema tales como impacto, equidad, productividad y eficiencia en el uso de los recursos y el cumplimiento de las funciones descentralizadas. Sin información no es viable el desarrollo de un sistema de seguridad social en salud, especialmente si el sistema es descentralizado. La existencia de un sistema de información único se hace indispensable entre otros, para detectar problemas de doble afiliación y de afiliación de población no pobre dentro del régimen subsidiado.</p> <p><b>Vigilancia y control:</b> Para lograr los objetivos de la reforma se requiere un sistema fuerte de regulación que permita ejercer un mayor control sobre aspectos esenciales para el buen funcionamiento del mismo, como por ejemplo la evasión, problema que requiere del fortalecimiento de las entidades encargadas de la vigilancia y el control. (Documento 27)</p>
<p><b><u>Informe anual del consejo nacional de seguridad social en salud</u></b> a las comisiones</p>	<p><b>AFILIACIÓN</b></p> <p>Según información suministrada por FISALUD con base en el proceso de compensación, en el año 2002, se encontraban afiliados al Régimen Contributivo un promedio mensual de 13.165.463 afiliados compensados, correspondientes al 53.5%, de la cobertura total que suma 24.609.466 de colombianos que a la vez representan 56.1% de la población total.</p> <p><b>Afiliación y Cobertura –2002</b></p>

séptimas de Senado de la Republica y Cámara de Representantes 2002 - 2003	<b>Régimen Contributivo</b>	<b>Número de Personas Afiliadas promedio año</b>	<b>% de Participación en la Cobertura</b>
		13,165,463	53,5%
Bogotá D.C., Julio de 2003	<p>Durante el año 2002 un promedio mensual de 13,165,463 afiliados se encontraban en el proceso de compensación, información extraída de los reportes de las E.P.S. y demás Entidades Obligadas a Compensar (E.O.C.) ante el FOSYGA, de las cuales 5,528,655 corresponden a cotizantes y 7,696,039 a beneficiarios. Se estima que de cada 100 afiliados sólo se compensan efectivamente en promedio 84.88. La diferencia obedece a los afiliados en mora y a aquellos que cotizan por fracciones de mes, ya sea por que tienen un trabajo temporal o porque inician o terminan una relación laboral. La cifra promedio de compensados en el año 2002, muestra una disminución de 170.469 compensados, frente al promedio observado en el período enero - diciembre de 2001, que fue de 13.335.932 personas, que puede ser producto de la disminución en la Densidad Familiar (DF) en la variable de los beneficiarios.</p> <p>Durante el período se evidencia en el Régimen Contributivo una disminución leve de afiliados reportados por las E.P.S., pasando de 13.335.932 afiliados en 2001 a 13.165.463 en el 2002. Si bien los cotizantes aumentaron al pasar de 5.308.261 a 5.452.380, esta disminución se refleja en los Beneficiarios al pasar de 8.027.671 en el 2001 a 7.713.083 en el 2002. Este comportamiento obedece al proceso de depuración de las bases de datos que las E.P.S. y Entidades Obligadas a Compensar y el FOSYGA, han realizado en el período como resultado de los cruces de las bases de datos de afiliados compensados, lo cual ha generado la corrección de inconsistencias, así como la implementación por parte de las entidades del aseguramiento de los Decretos 1703 y 2400 del 2002 en cuanto a la verificación de la calidad de cotizante y beneficiario como una medida para controlar la afiliación.</p> <p>El Ministerio de la Protección Social está trabajando en una depuración adicional de la base de datos a través del cruce de la información suministrada por las EPS y EOC en el proceso de compensación, cruce que se realiza con la información de afiliación que esas mismas entidades están reportando en cumplimiento de la Resolución 890 de 2002 del Ministerio de Salud.</p> <p><b>Densidad Familiar</b></p> <p>Las densidades Familiares del año 2001 frente al 2002, disminuyeron pasando de 2,51 a 2,41 personas por familia como promedio mensual, que equivalen a una disminución de 314.588 beneficiarios frente a un aumento de 144.119 cotizantes en el mismo período. Este comportamiento se explica por la depuración de bases de datos en todas las entidades y la implementación de los decretos 1703 y 2400 del 2002.</p> <p><b>IBC y Densidad Salarial</b></p> <p>El Ingreso Base de Cotización promedio del Régimen Contributivo para el 2002 fue de \$627.270, equivalentes a una Densidad Salarial (D.S.) de 2,03 salarios mínimos mensuales legales vigentes por cotizante. Las Entidades Promotoras de Salud públicas registraron una densidad salarial de 2.14, sobresaliendo Caprecom con la más alta (3.22) y la E.P.S. Caldas con la más</p>		

baja (1.39). Las Entidades Promotoras de Salud privadas presentaron una densidad salarial de 2.08, en tanto en las Entidades Adaptadas fue 4.64 salarios por cotizante.

Comparado con el 2001 el promedio del ingreso base de cotización de los afiliados al régimen contributivo se redujo de 2.07 a 2.03 lo cual contrasta con el aumento del SMMLV en el mismo período de 8.042%. Este hallazgo pone de presente las dificultades del sector público, que se esperan también en los próximos años.

La disminución de los salarios reales de los cotizantes no afectó el resultado del período de la subcuenta ya que el incremento de la UPC fue inferior al incremento del Ingreso Base de Cotización. El Acuerdo 218 del CNSSS incremento la UPC del Régimen Contributivo en un 4%, la cual fue reajustada a partir del mes de agosto del 2002 según lo dispuesto en el Acuerdo 234. En promedio, la UPC fijada para el 2002 aumentó el 5% que es inferior al 5.38% del aumento observado en el IBC.

El resultado del ejercicio de la Subcuenta de Compensación (Superávit Recaudo UPC frente al Déficit Proceso Compensación) presentó en el período un superávit el cual ascendió a 31 de diciembre del año 2002 a \$216.536 millones. Al incluir en el resultado final los excedentes de ejercicios anteriores y los rendimientos financieros del portafolio de la Subcuenta, la subcuenta presentó un superávit total de \$428.154 millones.

Durante el primer trimestre de 2003, aunque las cifras pueden resultar preliminares dada la dinámica del proceso de compensación que puede tomar hasta seis meses para consolidarse, se aprecia superávit del ejercicio.

La tendencia superavitaria se explica por los cambios presentados en las densidades familiares y salariales de los afiliados, aspectos sobre los cuales los organismos de Dirección del Sistema mantienen un permanente seguimiento y monitoreo. El efecto de la disminución de la densidad familiar por los beneficiarios con respecto al 2001 para el Sistema es un reconocimiento de menos UPC por grupo familiar.

De otra parte, se propone integrar en el corto plazo la Resolución 890 del 2002 que estructura la base de datos de afiliación con la Resolución 2309 de 2000 sobre Compensación, agregando controles en el proceso de afiliación y en el recaudo de aportes, logrando mejorar el proceso de compensación, verificación de datos e identificación de núcleo familiar y el ingreso de cotizantes que aporten bajo su verdadera capacidad de pago, especialmente en los segmentos de población de trabajadores independientes del sector formal de la economía.

En cuanto a la definición de la UPC para el año 2003, se adelantaron estudios técnicos que permitieron al CNSSS determinar el valor que se reconoce en la actualidad a las E.P.S. y ARS por este concepto, basándose entre otros en el resultado del período anterior y en el comportamiento de las variables del proceso de compensación y la ejecución presupuestal de la Subcuenta de Compensación del FOSYGA.

La propuesta del Ministerio adoptada por el CNSSS mediante el Acuerdo 241, pretendió conservar la viabilidad y sostenibilidad de la Subcuenta de Compensación, por lo que se recomendó un ajuste de la UPC del Régimen Contributivo para el año 2002 del 6.3%, inferior al incremento del salario mínimo (7.44%). Se estima que con este ajuste genere un resultado superavitario para la presente vigencia. Así mismo, el CNSSS aumentó en un 6.3% el valor per cápita que reconoce el FOSYGA para financiar las actividades de Promoción y Prevención, quedando en \$13.489.20 adicionales a la UPC para estos programas y mantuvo la provisión de Incapacidades por Enfermedad General en el 0,25% del Ingreso Base de Cotización.

**Como estrategias a considerar para mejorar las condiciones de afiliación al Régimen Contributivo se pueden plantear:**

- La generación de nuevas condiciones de afiliación a través de controles al ingreso de beneficiarios y entrega de soportes de la afiliación, tanto para el ingreso como para la permanencia de afiliados; mayores aportes para la afiliación de beneficiarios adicionales en los grupos de 15 a 59 años que tienen una mayor probabilidad de ser cotizantes; evaluación de los mecanismos de control a la evasión de aportes, actualizando el Sistema de Estimación de Ingresos (SEI) para trabajadores independientes buscando mayores controles para el flujo de aportes de esta población. Así mismo el Gobierno Nacional apoyó el trámite en el Congreso de la Ley 828 de 2003 por medio de la cual se generan medidas para el control de la evasión y elusión de aporte que se espera generen un aumento significativo de los ingresos por cotización en beneficio tanto del régimen contributivo como del de solidaridad por el incremento del punto de solidaridad.

- La creación de estímulos y controles para la afiliación de trabajadores independientes. Las anteriores medidas deberían generar recursos frescos para la Subcuenta de Compensación, teniendo presente el equilibrio financiero del Sistema.

- La continuación del estudio del equilibrio financiero de la UPC y los contenidos del POS (servicios y cobertura familiar) y de la estructura diferencial por edad y sexo de la UPC, variables condicionantes del déficit que deben ajustarse a las previsiones financieras del FOSYGA y a la realidad macroeconómica del país.

**Entidades responsables del aseguramiento en el Régimen Contributivo**

La población afiliada al Régimen Contributivo está asegurada en dos (2) tipos de Entidades, E.P.S. y Entidades Adaptadas. Se resalta las funciones esenciales de las entidades de aseguramiento como son la afiliación de la población al sistema, el recaudo de aportes, la administración del riesgo, la organización de la red para la prestación efectiva de los servicios de salud, y la promoción del afiliado al interior del sistema, en procura de garantizarle debidamente los servicios de salud del POS. En esta labor durante el año 2002 y el primer cuatrimestre del 2003 se encuentran 38 entidades operando en el Régimen Contributivo, 26 E.P.S. (Sin Unimec) y 12 Entidades Adaptadas; las primeras, según información de Supersalud, tienen autorización a mayo de 2003 para afiliar a 32.529.337 personas.

	<p>Comparando el potencial de afiliación con el promedio mensual de 13.165.463 afiliados compensados, las 26 Entidades Promotoras de Salud han utilizado apenas el 40% de la capacidad de aseguramiento. Aún cuando en términos de autorización está cubierto casi todo el territorio nacional, en los resultados persisten regiones donde la oferta de E.P.S. es limitada, especialmente en los nuevos departamentos y las zonas de alta dispersión poblacional. (Documento 28)</p>
--	--

#### IV. PROYECTOS DE LEY

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Proyecto de Ley N° 180 de 2004-Senado</p> <p>Presentado el 10 de marzo de 2004</p> <p>Autor: H.S. German Vargas Lleras</p> <p>Publicado en Gaceta N°70/2004</p>	<p><b>Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones respecto al fortalecimiento del ejercicio de las profesiones de la salud.</b></p> <p><b>Artículo 1. Reestructuración y objetivo.</b> La presente Ley reestructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como un servicio público esencial de carácter obligatorio, el cual se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, encargado de desarrollar en forma armónica y coherente los principios establecidos en la Constitución Nacional, a través de los siguientes objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fundamentar el SGSSS en los principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia, centralizado políticamente y descentralizado administrativamente y financieramente hasta el nivel departamental, distrital y de las ciudades capitales. Esto con el fin de ampliar la cobertura, pero no sólo en términos de carnetización sino de real prestación de servicios en todos los niveles de atención.</li> <li>Asegurar la óptima calidad científica, técnica y ética de la atención de la salud fortaleciendo el profesionalismo médico y promoviendo su enriquecimiento intelectual.</li> <li>Crear el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud para simplificar, reunir y actualizar todas las normas existentes en materia de Seguridad Social en Salud.</li> <li>Crear el Sistema Único de Afiliación al SGSSS y el Registro Único de Aportantes (RUA) al Sistema General de Seguridad Social en pensiones, salud y protección laboral.</li> <li>Fortalecer el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) para que cumpla su función de ser el organismo rector y director del Sistema.</li> <li>Garantizar la atención de la salud como un servicio público a cargo del Estado, asegurar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, mediante la superación de la crisis hospitalaria nacional y garantizando el flujo oportuno y equitativo de recursos en el régimen subsidiado, mediante el giro directo de los mismos.</li> <li>Otorgar al Ministerio de la Protección Social y las Direcciones Seccionales</li> </ol>

el liderazgo y la responsabilidad de la administración y financiación de los programas de fomento, promoción de la salud, prevención de la enfermedad crónica y degenerativa, de las enfermedades laborales, de los accidentes y de los programas de control de Fiebre Amarilla, Dengue, TBC, Malaria, Cólera, Lepra, Leishmaniasis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades emergentes y reemergentes, programas de vacunación y, los contenidos del Plan de Atención Básica (PAB), sin perjuicio de las actividades obligatorias que les correspondan a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC).

- h. Crear el Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades Catastróficas o de Alto costo (FEAC).
- i. Crear mecanismos para agilizar el pronto y equitativo pago de los servicios que prestan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los profesionales de la salud.
- j. Crear un período de transición para el Instituto de Seguros Sociales (ISS) con objetivos específicos.
- k. Establecer normas generales tendientes a fortalecer el ejercicio de las profesiones de la salud y respetar su autonomía para incentivar la calidad y la humanización en la prestación de los servicios.
- l. Fortalecer la Superintendencia Nacional de Salud como instrumento principal de vigilancia y control del SGSSS.

**Artículo 2. Facultades al ejecutivo.** Facultase al Presidente de la República y al Ministerio de la Protección Social (MPS) para que en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la fecha de publicación en el diario oficial de la presente Ley, previa revisión en todos los casos y concepto favorable del CNSSS:

- a) Expida el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud que unifique, simplifique y compile todas las normas existentes en materia de Seguridad Social en Salud.
- b) Cree el Sistema Único de Afiliación al SGSSS, al cual se afiliarán tanto los usuarios del régimen contributivo, como los del subsidiado. Una vez afiliados, respetando el núcleo familiar, los cotizantes al régimen contributivo escogerán libremente entre el ISS o una cualquiera de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Los afiliados al régimen subsidiado quedarán inscritos en la Secretaría de Salud que le corresponda.
- c) Cree el Registro Único de Aportantes (RUA) al Sistema General de Seguridad Social en pensiones, salud y protección laboral.
- d) Ordene al administrador Fiduciario del FOSYGA que una vez termine el último período de contratación vigente con las actuales Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), posterior a la publicación en el diario oficial de la presente Ley, gire los recursos de la Subcuenta de Solidaridad directamente a los prestadores públicos o privados, de acuerdo con los contratos realizados entre éstos y las Secretarías de Salud que en adelante asumirán las funciones administrativas que hasta su liquidación desempeñaban las ARS, incluida la contratación de prestación de servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado. En adelante esta contratación de servicios con la red pública no será inferior al 60% en cada Secretaría de Salud.

e) Cree el Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades Catastróficas o de Alto costo (FEAC). Una vez definidas por el CNSSS cada una de las patologías reconocidas como de alto costo y con base en estudios técnicos que correlacionen el costo relativo de estas patologías, su frecuencia y riesgo, el Ministerio de la Protección Social pondrá en funcionamiento el Fondo Nacional de Enfermedades de Alto Costo del SGSSS (FEAC), como una quinta subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA

**Artículo 6. Integración del consejo nacional de seguridad social en salud.**

A partir de la vigencia de la presente Ley se modifica la conformación y se asignan nuevas funciones al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), como el máximo órgano directivo del SGSSS, encargado de definir las políticas de la Nación Colombiana en materia de Política Pública y Seguridad Social en Salud.

La composición del CNSSS será tripartita, constituida por quince (15) miembros, así:

- Cinco (5) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de la Protección Social, quien lo presidirá, el Ministro de Hacienda o su delegado, un (1) representante de las entidades departamentales de salud, un (1) representante de las entidades municipales y distritales de salud y, el Presidente del ISS o el Vicepresidente de la EPS del ISS como su delegado.
- Cinco (5) representantes del sector empresarial: un (1) representante de la gran industria, un (1) representante de la pequeña y mediana industria, un (1) representante de los comerciantes u otras formas asociativas como las Cajas de Compensación Familiar, un (1) representante del sector prestador de los servicios de salud (IPS) y un (1) representante de las EPS del sector privado.
- Cinco (5) representantes de los trabajadores y usuarios: un (1) representante de los médicos, un (1) representante de los profesionales de la Salud diferentes a la profesión médica, un (1) representante de los pensionados, un (1) representante de los usuarios y un (1) representante de las Centrales Obreras.

**Parágrafo 1. Invitados permanentes.** Serán invitados presenciales permanentes a las reuniones del CNSSS: el Secretario Técnico del CNSSS, el Vice Ministro de Salud y Bienestar, el Superintendente Nacional de Salud, un (1) representante la Academia Nacional de Medicina, un (1) representante de la Federación Médica Colombiana, un representante de las Facultades, Escuelas o Departamentos de Salud Pública y un (1) representante de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. En caso de requerirlo, el CNSSS podrá citar a las organizaciones científicas, sindicales o técnicas necesarias para el soporte de sus debates.

**Parágrafo 2. Selección y periodo de los representantes al CNSSS.** Los representantes no gubernamentales tendrán un periodo de dos (2) años y serán elegidos directamente por las instituciones que representen mayor número de afiliados, según lo establecido en las normas vigentes. Los

representantes gubernamentales lo serán en razón del ejercicio de sus cargos, mientras posean la investidura legal. Para el caso del representante de los médicos, éste será designado por la institución médica de carácter nacional con mayor número de afiliados; el representante de los profesionales de la salud, diferentes a la profesión Médica, será elegido por la Asociación que tenga el mayor número de afiliados.

**Artículo 7. Presupuesto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.** Para garantizar la operación y realización de sus funciones, a partir de la vigencia de la presente Ley, el CNSSS dispondrá de presupuesto propio, el cual se obtendrá de las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), en la proporción que defina el CNSSS.

El monto del Presupuesto será fijado por el CNSSS en la misma reunión que apruebe el Presupuesto del FOSYGA; incluirá el valor de los honorarios de los representantes no gubernamentales, el valor de los pasajes, hoteles y viáticos de los consejeros que residan fuera de la ciudad donde se lleve a cabo la respectiva reunión, el valor de los estudios y soporte técnico que requieran los consejeros, publicaciones y demás soporte logístico.

**Parágrafo 1. Honorarios de los miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.** Los honorarios de los miembros no gubernamentales del CNSSS serán fijados por Acuerdo y se pagarán a cargo del Presupuesto del mismo. Dichos honorarios no excederán el equivalente a un salario mínimo legal vigente por sesión.

**Artículo 8. Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.** Además de las funciones establecidas en el artículo 172 de la Ley 100 de 1993, el CNSSS tendrá las siguientes funciones:

- a) Dar concepto al Congreso de la República sobre el Plan de Salud para cada cuatrienio incluido en el Proyecto del Plan Nacional de Desarrollo dirigido a formular, adoptar, dirigir y coordinar la política nacional sobre Salud y Seguridad Social en Salud, estableciendo metas de cobertura y reducción de tasas de morbilidad y mortalidad.
- b) Revisar, estudiar y dar concepto favorable al Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sistema Único de Afiliación, Registro Único de Aportantes y del Fondo de Enfermedades de Alto Costo (FEAC), presentado por el Gobierno Nacional.
- c) Discutir, analizar y aprobar o no los proyectos de Acuerdo presentados por el Gobierno Nacional o por iniciativa de los miembros del CNSSS.
- d) Aprobar los proyectos de ampliación de cobertura del SGSSS, así como su ampliación a nuevas contingencias.
- e) Presentar al Gobierno Nacional proyectos de desarrollo legal y reglamentario de la presente Ley.
- f) Aprobar el proyecto de presupuesto anual de funcionamiento del CNSSS.
- g) Aprobar el reglamento interno de honorarios y viáticos del CNSSS.
- h) Asignar y delegar funciones a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS).
- i) Establecer cada año los criterios de distribución de los excedentes de la Subcuenta ECAT del FOSYGA.

- j) Contratar estudios que sirvan de soporte técnico para las decisiones del CNSSS.
- k) Constituir comisiones técnicas permanentes o temporales que generen la información necesaria para la definición de políticas y la toma de decisiones por el CNSSS.
- l) Las demás que le asignen la Ley y los reglamentos.

**Artículo 9. Secretaría técnica del CNSSS.** El CNSSS dispondrá de una secretaría técnica a cargo del presupuesto del CNSSS, independiente de las Direcciones del Ministerio, con funciones específicas, la cual se encargará de obtener, preparar, clasificar, procesar y archivar la información y documentación requerida para las deliberaciones y funciones del CNSSS. Así mismo, servirá de enlace entre el Ministerio y los consejeros, de apoyo técnico y logístico a los miembros del Consejo y será el encargado de la publicación de sus decisiones

**Artículo 23. Período de transición para el ISS.** Durante un período de tiempo, transitorio y definido de tres (3) años, la EPS del ISS podrá utilizar el recaudo total de los aportes, con el fin de lograr la liquidez suficiente y adecuar su funcionamiento hacia la compensación plena. Esta circunstancia no excluirá la responsabilidad de compensar; durante el tiempo previsto como transitorio, se adecuarán los procesos para modernizar el sistema de información. El período de transición cumplirá el doble propósito de: (i) favorecer la liquidez operativa para garantizar la prestación de los servicios, el pago oportuno a las ESE y a los proveedores y, (ii) corregir los problemas del sistema de información y compensación.

**PARÁGRAFO 1.** Durante el período de transición definido en el presente artículo, el ISS presentará informes semestrales al CNSSS y a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre los avances obtenidos en los objetivos propuestos.

**Artículo 24. Fondo nacional de aseguramiento de las enfermedades de alto costo (FEAC).** Una vez definidas por el CNSSS cada una de las patologías reconocidas como de alto costo, dentro del término de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley; el Ministerio de la Protección Social pondrá en funcionamiento el Fondo Nacional de Enfermedades de Alto Costo (FEAC), como una quinta subcuenta del FOSYGA, que se encargará de asegurar el valor de los tratamientos de dichas patologías a todos los afiliados al SGSSS. La subcuenta de aseguramiento de enfermedades de alto costo contará con los siguientes recursos:

- 1) El porcentaje de la UPC del régimen contributivo determinado por el CNSSS en la misma reunión que se establezca el valor de la UPC para cada vigencia; porcentaje que se descontará mensualmente por el administrador fiduciario de la Subcuenta de Compensación.
- 2) El porcentaje de la UPC del régimen subsidiado determinado por el CNSSS en la misma reunión que se establezca el valor de la UPC respectiva para cada vigencia; porcentaje que se descontará mensualmente por el administrador fiduciario de la Subcuenta de Solidaridad.

	<p>3) Los rendimientos financieros de la subcuenta de compensación provenientes del recaudo nacional de los aportes de los afiliados del régimen contributivo.</p> <p>4) Los rendimientos financieros que produzca la administración de los citados recursos.</p> <p>El CNSSS hará los ajustes correspondientes del valor de la UPC y del POS. En todo caso las EPS responderán por el aseguramiento de las patologías de alto costo y cobrarán al FEAC los costos de los tratamientos, según las tarifas definidas por el CNSSS de proyecto presentado por el Ministerio de la Protección Social (Documento 19)</p>
<p>Proyecto de Ley N° 236 de 2004-Senado</p> <p>Presentado el 10 de marzo de 2004</p> <p>Autor: H.S. German Vargas Lleras</p> <p>Publicado en Gaceta N°70/2004</p>	<p><b>Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud</b></p> <p>La presente Ley modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud con los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo una misma operatividad para todos los regímenes y modalidades de afiliación y asegurarle una estructura que establezca las funciones y competencias de las instituciones involucradas.</li> <li>Reestructurar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</li> <li>Lograr la universalidad en la cobertura mediante el aseguramiento y a través de este, el acceso real a los servicios de salud individuales o colectivos expresamente definidos en los Planes de Beneficios y en este contexto fortalecer el aseguramiento público.</li> <li>Desarrollar los mecanismos e instrumentos necesarios para el fortalecimiento y la ejecución de las políticas, planes y proyectos de la salud pública de forma única y coherente.</li> <li>Fortalecer y facilitar la efectiva vigilancia y control.</li> <li>Fortalecer y facilitar el Sistema de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</li> <li>Determinar las políticas de formación, y desempeño del Recurso Humano del sector de la salud.</li> </ol> <p><b>Artículo 20. Las Entidades Promotoras de Salud.</b> Adicionalmente a lo establecido en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud podrán habilitarse para afiliar personas tanto del Régimen Contributivo como del Nuevo Régimen Subsidiado.</p> <p>Solo podrán habilitarse para operar como Entidades Promotoras de Salud en el Nuevo Régimen Subsidiado las entidades públicas, las entidades privadas con ánimo de lucro licenciadas para este efecto a la fecha de la expedición de la presente Ley, las entidades privadas sin ánimo de lucro, las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud.</p> <p>El Ministerio de la Protección Social reglamentará en los noventa días</p>

siguientes a la expedición de la Presente Ley los criterios de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud de que trata el presente artículo. Estos criterios deben garantizar tanto para el Régimen Contributivo como para el Nuevo Régimen Subsidiado los mínimos de capital, solidez y solvencia, incluyendo reservas, patrimonio, sistema de información, y red de servicios.

**Artículo 21. Aseguramiento Universal.**

A partir de la fecha de vigencia de la presente Ley la totalidad de la población residente en el territorio nacional deberá estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 22. Eliminación de la Integración Vertical.**

Las Entidades Promotoras de Salud no podrán hacer prestación directa de servicios de salud para sus afiliados por medio de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud propias.

Las Entidades Promotoras de Salud que presten servicios a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su propiedad, tendrán un plazo de dos años para ajustarse a este requerimiento, de acuerdo a la reglamentación que expedirá el Gobierno Nacional para este efecto.

**Artículo 23. Contratación con las Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud.**

Las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado deberán contratar como mínimo el 60% de los servicios de salud de sus afiliados al Nuevo Régimen Subsidiado con las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud organizadas por medio de redes de prestación de servicios de salud en un área determinada.

**Artículo 24. Régimen de Liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.**

El Gobierno Nacional expedirá en seis meses a partir de la expedición de la presente Ley una legislación que regule los procedimientos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.

**Parágrafo.** Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se excluirán de la masa de liquidación.

**Artículo 34. El Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.**

El Fondo de Solidaridad y Garantía de que trata el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 tendrá las siguientes subcuentas:

1. De Compensación Interna del Régimen Contributivo.

Los recursos que financian la compensación en el régimen contributivo provienen de la diferencia entre los ingresos por cotización de sus afiliados descontados los dos puntos para el Nuevo Régimen Subsidiado y el valor de las Unidades de Pago por Capitación, y el porcentaje para incapacidades por enfermedad general que le serán reconocidos por el Sistema a cada Entidad Promotora de Salud. Las entidades en las cuales la anterior diferencia sea positiva trasladarán estos recursos a la sub cuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que la diferencia sea negativa.

La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control de las sumas declaradas y tendrá la facultad de imponer las multas que defina el respectivo reglamento.

2. De Financiación de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. El cubrimiento de los eventos catastróficos definidas en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y se financiaran de la forma establecida en el artículo 223 de la misma Ley.

**Parágrafo 1.** El Fondo de Solidaridad y Garantía no hará parte del presupuesto general de la nación pero si estará incluidos en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

**Parágrafo 2.** El Fondo de Solidaridad y Garantía podrá integrarse al Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

**Artículo 35. Financiación de las Enfermedades de Alto Costo.**

Sin perjuicio de las fuentes de financiación establecidas en el Artículo 223 de la Ley 100 de 1993, las enfermedades de alto costo serán financiadas exclusivamente a través de la cuenta de Eventos Catastróficos y de Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía así:

Las Entidades Promotoras de Salud aportarán una prima de X.

Los Departamentos aportarán un 20% de las Rentas Cedidas.

**Artículo 45. Habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.**

Sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 42, Inciso 10 de la Ley 715 de 2001 y en el Decreto 2309 del 2002, la habilitación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud nuevas deberá ser aprobada por el Ministerio de la Protección Social, o por delegación expresa los Departamentos, previa presentación de evidencia de la necesidad de los servicios propuestos en las redes de prestación de servicios de salud en la potencial área de influencia de la Institución Prestadora de Servicio de Salud nueva.

**Artículo 46. Plan Único de Cuentas Hospitalarias.**

Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán adoptar el Plan Único de Cuentas Hospitalarias que establecerá el Gobierno Nacional, en los tres meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

**Artículo 47. Del Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud.**

Crease el Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud, como una fiducia pública, para la protección y agilización del flujo de los recursos entre las Entidades Promotoras de Salud, tanto del Nuevo Régimen Subsidiado, como del Régimen Contributivo, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Este fondo será financiado por las Entidades Promotoras de Salud por medio

	<p>de una prima de protección del 2% del promedio anual de contratación de servicios de cada Entidad Promotora de Salud, la cual se ajustará a sus antecedentes de manejo de la cartera con los prestadores.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará la creación y funcionamiento del Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud, de manera que entre en funcionamiento antes de un año de expedida la presente Ley.</p> <p><b>Artículo 52. Plan Obligatorio de Salud.</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional. Este Plan ofrecerá servicios para la protección integral a los individuos del riesgo de enfermar y servicios de promoción de la salud.</p> <p>Para los afiliados del Régimen Contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud será el que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Para los afiliados del Nuevo Régimen Subsidiado, el contenido del Plan Obligatorio de Salud será el que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. También propondrá un programa para que estos afiliados alcancen el nivel del Plan Obligatorio de Salud del Sistema Contributivo en forma progresiva.</p> <p>El Gobierno reglamentará la forma de aplicación de los copagos y las cuota moderadoras de que trata la Ley 100, de tal manera que éstas sean mecanismos de contención del riesgo moral y no constituyan barreras de acceso a los servicios.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema (Documento 30)</p>
--	---

## VI. BIBLIOGRAFIA ANALIZADA

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Bolis, Mónica <b><u>Marco jurídico para la regulación del financiamiento y Aseguramiento del</u></b></p>	<p>La libertad de elección ha resultado en la expansión de agentes privados en el ámbito de la administración del aseguramiento y/o en la prestación de servicios de salud.</p> <p>Asimismo, ha generado la segmentación de los mercados de aseguramiento y prestación como consecuencia de diferencias asociadas al poder adquisitivo de los individuos. Estos cambios parecen haber debilitado el principio de solidaridad que ha caracterizado esquemas anteriores, aumentando las desigualdades al estratificarse el acceso a los servicios de salud con base en</p>

<p><b><u>sector de la salud</u></b> Programa de Políticas Públicas y Salud OPS</p>	<p>la capacidad de pago.</p> <p>En el anverso de los regímenes contributivos se encuentran los sistemas públicos de servicios de salud —o subsidiados— dirigidos a atender las necesidades de poblaciones indigentes o de escasos recursos. En estos esquemas la libertad de elección es inexistente aplicándose el régimen institucional público o reduciéndose la amplitud de los portafolios de servicios. La mencionada situación crea necesidades específicas de regulación de los distintos actores e intereses involucrados en el financiamiento y aseguramiento del sector de la salud.</p> <p>En primer lugar, es necesario contar con normas que encaucen el comportamiento de agentes privados antes ausentes o con una presencia muy tenue, a fin de contrarrestar actitudes de mercado. Por otra parte, se deben crear garantías para cubrir los desniveles o asimetrías que pudieran surgir en razón del debilitamiento de los principios de solidaridad o equidad.</p> <p>Las áreas críticas de regulación pueden también analizarse desde la dinámica de interacción entre usuarios, proveedores y financiadores/aseguradores. En relación con los usuarios, la Comisión Asesora del Presidente Clinton —1994— identificó los siguientes principios (Ross, 1999):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Acceso a información: Los consumidores y afiliados tienen el derecho a recibir información fidedigna sobre los beneficios del plan al cual suscriben.</li> <li>· Red adecuada de proveedores: Cada plan de salud debe ofrecer un complejo suficiente de proveedores.</li> <li>· Acceso a especialistas: Los afiliados deben tener acceso directo a especialistas.</li> <li>· Continuidad del servicio: Los nuevos suscriptores que se encuentran bajo tratamiento de dolencias crónicas y cambian de plan, deben continuar recibiendo tratamiento por parte de su red anterior de proveedores.</li> <li>· Acceso a atención de urgencia: Acceso a atención de emergencia cuando existan síntomas que, a juicio de cualquier persona, deban ser objeto de este tipo de atención.</li> <li>· Prontitud de las autorizaciones de reembolso por servicios: Las decisiones de los planes de salud a este respecto deben llevarse a cabo dentro de un plazo prudencial.</li> <li>· Prohibición de cláusulas para la limitación de información (gag clauses): Los planes de salud no deben prohibir a los proveedores brindar información sobre opciones de tratamiento, ni influenciarlos a no hacerlo.</li> <li>· Derecho de apelación: Los afiliados deben tener acceso a instancias imparciales de apelación en el caso en que se denieguen sus derechos.</li> <li>· Posibilidad de elegir planes: Debe tener carácter de obligatoriedad.</li> </ul> <p>En lo que respecta a los proveedores, la Patient Access to Responsible Care Alliance (PARCA) ha identificado lo siguiente (Ross, 1999):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· La necesidad médica debe ser determinada exclusivamente por el proveedor que atiende el caso. Se pretende así preservar la autonomía de la decisión del proveedor. El asegurador —comprador— solo debe pagar la cuenta.</li> <li>· Los planes de salud no pueden diferenciar entre proveedores de igual calidad y condición.</li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Los profesionales de una misma especialidad serán los únicos capacitados para juzgar la decisión de otro profesional del mismo nivel sobre la pertinencia de un tratamiento.</li> <li>· El profesional que atiende el caso es el único capacitado para tomar la decisión en cuanto al tiempo de internación. También se trata del ejercicio de la autonomía de la decisión del profesional. El asegurador –comprador—solo debe cancelar los costos.</li> <li>· La posibilidad de optar por redes alternativas y atención integrada y coordinada debe ser obligatoria.</li> <li>· Debe existir igualdad de honorarios para proveedores dentro y fuera de la red.</li> <li>· Los planes de salud no deben diferenciar reembolsos con base en el licenciamiento: un psicólogo debe ser reembolsado de la misma manera que un psiquiatra.</li> <li>· El ingreso anual de proveedores debe ser obligatorio aunque existan suficientes.</li> <li>· Los pagos por capitación y por ajuste con base en el riesgo dirigidos a crear incentivos indirectos para limitar servicios, deben estar prohibidos.</li> <li>· El profesional tratante debe ser el único capacitado para determinar la manera y condiciones en que se debe prestar la atención. Se trata de otra situación de autonomía en el ejercicio de la profesión; el asegurador –comprador—solo debe cancelar la cuenta.</li> </ul> <p>La complejidad de relaciones que se albergan en el ámbito del financiamiento y aseguramiento de la salud, y la característica especial de la salud en su condición de bien público hacen necesario fortalecer la capacidad del Estado en la regulación del tema para garantizar que el mercado funcione de manera consistente con los principios de equidad de las políticas nacionales de salud. Existen una serie de aspectos que todavía quedan inconclusos, como por ejemplo, equilibrar corrientes económicas de flexibilización con la necesidad de fortalecer los esquemas de financiamiento privado a través de contribuciones que dependen de niveles económicos asociados principalmente a condiciones de empleo.</p> <p>Junto a este factor se encuentran los problemas de la equidad y la solidaridad, al generarse mecanismos que por su propia dinámica establecen opciones cuyos beneficios están estrechamente vinculados al nivel distributivo en que se ubiquen los individuos. Por otro lado destacan los elementos relativos a la posición de los individuos frente a los financiadores/aseguradores, a los proveedores y las relaciones de estos entre sí. En este complejo tejido las preguntas qué regular, cómo y hasta dónde, deben responderse en conjunto entre todos los interesados, con el Estado recuperando su rol de árbitro y garante del equilibrio social. (Documento 31)</p>
<p>Observatorio de la Seguridad Social <b>Oferta del</b></p>	<p>El análisis se enmarca en los aspectos teóricos y la presentación del marco regulatorio sobre el seguro público de salud; además, se emplean varios indicadores para determinar la concentración del mercado y se sugieren algunos hechos o hipótesis acerca del comportamiento que asumen EPS y ARS para permanecer en el mercado.</p>

**seguro público de salud en Colombia**  
Medellín,  
Septiembre  
de 2001  
AÑO 1 N° 2

En 1994, el seguro público de salud era ofrecido por el Instituto de Seguros Sociales -ISS- y diversas cajas y fondos de previsión de entidades públicas. Se trataba de un monopolio estatal que brindaba protección a la población trabajadora del sector privado, en el primer caso, y a los funcionarios públicos, en el segundo.

Con la extensión del seguro a la familia de los cotizantes y a la población pobre, se estableció la liberalización de este mercado mediante la creación de las EPS y, como otra novedad importante, se amplió la oferta del seguro para cubrir a la población del régimen subsidiado. De este modo, el número de afiliados se ampliaría de 7.5 millones de personas en 1994 hasta 22 millones en 2000 (GES, 2001).

A partir del impulso inicial, en el régimen contributivo se produjo un agotamiento rápido en el número de EPS y la consolidación de varias de ellas, como rivales fuertes del ISS. En diciembre de 1999, se presentaba una oferta de 28 EPS, de las cuales 18 eran privadas, 9 públicas y una mixta, donde las primeras alcanzaron una participación del 54%, mientras las EPS públicas registraron una disminución en su participación, quedando con el 46% de la población afiliada (el ISS continúa con el liderazgo en el mercado, con el 36%). En contraste, en el régimen subsidiado se dio una proliferación de entidades, en particular de tipo solidario. En 2000 se contaba con 239 ARS, de las cuales 10 correspondían a EPS privadas, 6 a EPS públicas, 46 a Cajas de Compensación Familiar -CCF- y 177 a Entidades Solidarias de Salud, ESS.

En este marco, al elaborar el análisis por municipio, se encuentra la tendencia del régimen contributivo a caracterizarse como un mercado monopólico, en el 66% de los municipios del país, mientras el 29% posee una tendencia oligopólica y solo el 5% presenta indicios de competencia en el mercado. De nuevo, los municipios con las categorías inferiores son los que poseen mayores indicios de tendencia monopólica, ya que el campo para la competencia en este mercado se desarrolla de manera más abierta en los municipios de mayor tamaño.

#### **EN CUANTO A LAS EPS**

Las entidades coinciden en identificar como fortalezas propias, frente a las demás, la prestación de los servicios de salud, para lo cual afirman contratar la mejor oferta de servicios disponible. Por otra parte, las EPS utilizan las cuotas moderadoras como mecanismo de captación de afiliados, establecen las tarifas por debajo de quienes, en consideración de cada entidad, sean sus competidores más cercanos. Así, se evidencian mayores diferencias en las cuotas correspondientes a los afiliados cuyos ingresos base de cotización se encuentran por encima de 5 salarios mínimos, hecho que se relaciona positivamente con la preferencia de las aseguradoras por atraer el grupo de población pertenecientes a este nivel de ingresos.

De manera similar, las EPS lanzan al mercado planes complementarios (individuales o colectivos) para captar grupos específicos de población. En este orden de ideas, se pone a disposición de los afiliados una serie de beneficios adicionales que pueden agruparse en tres categorías: servicios en

	<p>mejores condiciones de hotelería y la eliminación de la consulta general como barrera para el acceso a consultas con especialistas; prestación de servicios especializados con tecnología y medicamentos no cubiertos por el POS y tratamientos integrales con fines estéticos; y por último, cubrimiento total o parcial de las cuotas moderadoras y/o copagos.</p> <p>En el mismo sentido, utilizan su poder de negociación (otorgado por la cantidad de afiliados que posee) para pactar la forma de pago de los contratos, marcando como directrices de mercado la modalidad de capitación en los servicios de primer nivel y de promoción y prevención, y de niveles superiores cuando el número de afiliados sea lo suficientemente grande, caso en el cual manejo del riesgo se traslada a los proveedores; entre tanto, el pago por evento se impone para los servicios nivel II, III y IV de complejidad donde la entidad que provee el seguro se obliga a controlar y auditar el servicio de tales niveles.</p> <p>(Documento 32)</p>
<p>Madies ,Claudia Viviana, Chiarvett, Silvia y Chorny, Marina</p> <p><b><u>Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud en América latina y el caribe</u></b></p> <p>Rev panam salud publica/pan am j public health 8(1/2), 2000</p> <p>Fuente: <a href="http://www.paho.org/spanish/dbi/es/ARTI--Madies.pdf">http://www.paho.org/spanish/dbi/es/ARTI--Madies.pdf</a></p>	<p>En este documento se examinan detenidamente los diferentes tipos de sistemas de salud que existen actualmente en la Región y el efecto que ejercen sobre las fuentes de aseguramiento y cobertura de salud de los habitantes. Al final se presentan los distintos tipos de estrategias adoptadas por los países para extender la cobertura de salud, algunas veces mediante la focalización de las políticas en los grupos sociales más vulnerables.</p> <p>Las causas de la disparidad pueden clasificarse en exógenas y endógenas. Entre las causas exógenas, que son ampliamente conocidas, pueden identificarse las siguientes: 1) causas macroeconómicas (la pobreza, el desempleo, el subempleo, el trabajo informal, la distribución desigual del ingreso, los déficit fiscales); 2) causas políticas (los efectos perjudiciales de la reforma del Estado, la crisis del Estado benefactor, la inestabilidad política); 3) causas culturales (diferencias étnicas, analfabetismo); 4) causas sociales (diferencias de sexo, edad y otras características); 5) causas epidemiológicas; 6) causas geográficas.<sup>3</sup></p> <p><b>Países con sistemas públicos integrados</b></p> <p>Constituyen ejemplos de países con sistemas públicos integrados las Bahamas, Barbados, Costa Rica, Cuba, Granada, Jamaica y Trinidad y Tobago.</p> <p>Se trata de países con cobertura universal financiada sobre la base de impuestos y por asignación de presupuestos globales. En general, ofrecen la atención por medio de proveedores públicos de servicios. Costa Rica es la excepción, ya que cuenta con un subsector del seguro social coordinado con el subsector público, que actúa como modelo predominante de aseguramiento y provisión. El subsector privado siempre ha tenido un papel minoritario como complemento del aseguramiento público.</p> <p>En estos países hay poca distancia entre la cobertura real y la teórica. Si se tiene en cuenta que cada uno de ellos se encuentra en una fase bastante avanzada de la transición epidemiológica, la población excluida se encuentra fundamentalmente entre los adultos mayores, algunos enfermos crónicos y los inmigrantes. No obstante, en Trinidad y Tobago un alto porcentaje de la</p>

población carece de acceso debido a factores geográficos, a la centralización del subsector público y a ineficiencias administrativas.

En general, las políticas y estrategias para extender la cobertura en este grupo de países están orientadas a mejorar la calidad de la prestación y se focalizan en los grupos vulnerables.

### **Países con sistemas de aseguramiento mixto regulado**

Son ejemplos de sistemas de aseguramiento mixto regulado Argentina, Chile y Uruguay. Estos países se caracterizan por tener diversas formas de financiación, aseguramiento y provisión de servicios, con importantes grados de regulación pública. El subsector público cubre, en principio, a toda la población, aunque sus destinatarios son los grupos que no están cubiertos por los otros subsectores. El subsector del seguro social se financia con los aportes y contribuciones de los empleadores y trabajadores, y la provisión de servicios se realiza por conducto de instituciones privadas (en Chile, por ejemplo, por medio de las Instituciones de Salud Provisional: ISAPRE), o sindicales (como en Argentina, mediante las Obras Sociales) o estatales (por ejemplo, en Uruguay).

En Colombia se adoptó, como parte de la reforma sectorial, un modelo de competencia gerenciada que reconoce la financiación parapública y la provisión privada en el régimen contributivo, así como la financiación mixta (pública y parapública), y la provisión mixta (pública y privada) en el régimen subsidiado. Con ello se pretendía generar un incremento importante de la cobertura del aseguramiento en general, pero el proceso es aún muy reciente y no ha sido evaluado suficientemente como para incluir a este país en el grupo de países con aseguramiento mixto regulado.

### **Países con seguro de salud unificado**

En el Brasil la financiación es pública y la provisión es mixta. El sistema brasileño tiene un seguro social con tendencia a la unificación, debido a su modelo de financiamiento, su organización y la alta provisión privada de los servicios. Este país no optó por separar las entidades del seguro de salud, sino por unificarlas progresivamente hasta formar una entidad pública con metas de cobertura universal.

### **Países con sistemas segmentados**

Son ejemplos de sistemas segmentados los de Bolivia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam y Venezuela.

Este es un subgrupo heterogéneo de países en términos de financiación y provisión, pero se caracteriza por la profunda falta de integración entre sus distintos subsectores. Tal heterogeneidad también se ve reflejada en la cobertura real, muy limitada en Haití si se compara con la de Panamá o México.

Las soluciones propuestas comprenden, entre otras, la cobertura universal, la atención gratuita de quienes carecen de ella, la aplicación de un plan básico

	<p>obligatorio y el aumento de la capacidad resolutive en el ámbito local. En este contexto, el marco jurídico normativo de todos los países de la Región, que consagró la cobertura legal del total de la población, ha sido un importante progreso.</p> <p>La gran variedad de estrategias desplegadas refleja la imposibilidad de identificar una única solución al crítico problema de la exclusión social en materia de salud. En las políticas y esfuerzos de los países para mejorar la efectividad del aseguramiento sanitario y garantizar el acceso equitativo y universal a los servicios de salud se deben tener en cuenta no solo los factores determinantes y condicionantes de carácter cultural, histórico, social, económico, político y local, sino también, los aspectos estructurales, de organización y de gestión del propio sistema de salud. (Documento 33)</p>
<p>Flórez Carmen Elisa, <b><u>La equidad en el sector salud: una mirada de diez años</u></b> <i>Estudio financiado por:</i> Fundación Corona Fundación Ford <i>Estudio realizado por:</i> CEDE- Universidad de los Andes Centro de Gestión Hospitalaria, Bogotá, 2002.</p>	<p>El nuevo sistema es el resultado de la transformación de un sector compuesto por tres sistemas independientes con distintos modos de financiación, de organización y de entrega de servicios —el público, el de seguridad social y el subsector privado—, en uno único, que combina tres principios: equidad, solidaridad y universalidad.</p> <p>Los estudios disponibles indican que el avance de la reforma al SGSSS se ha concentrado en tres aspectos: el aumento de cobertura, los mayores recursos asignados al sector y un nuevo esquema institucional (Giedion y Acosta, 1998). De éstos, el logro más importante ha sido el primero, pues se ha pasado de aproximadamente un 20% en 1990 a 57% de la población total en 1997 y a 58% en el 2000.</p> <p>Este avance hacia una cobertura universal parece estar acompañado de una mayor equidad en el acceso potencial a los servicios de salud: cerca del 46% de la población pobre en 1997 estaba cobijada por el sistema, mientras que antes de la reforma estas personas, clasificadas por necesidades básicas insatisfechas, no estaban afiliadas a ninguna entidad del sistema (Giedion y Acosta, 1998).</p> <p>Para empezar es necesario establecer la distinción entre los términos desigualdad e inequidad (Whitehead, 1992; Braveman, 1998). El primero indica diferencias relevantes y sistemáticas entre individuos y grupos sociales en una población dada. Las desigualdades en salud —innecesarias, evitables y además injustas— son consideradas como inequidades (Whitehead, 1992). Solamente las desigualdades originadas en factores de tipo biológico (sexo, edad) o resultado de comportamientos perjudiciales libremente adoptados, no son inequidades.</p> <p>Buscar la equidad implica tratar de reducir las brechas, evitables, en las condiciones de salud de las personas y en su acceso, utilización y gasto en atención de salud entre grupos con niveles sociales y económicos diferentes.</p> <p><b>Qué causa las inequidades en salud</b></p> <p>La existencia de diferenciales en el estado de salud por condición socioeconómica es evidente en estudios de las ciencias sociales y de las ciencias médicas, tanto para países industrializados como para países en</p>

desarrollo. Para el caso de los países en desarrollo, la escasa información disponible sobre el estado de salud de la población adulta ha limitado los estudios sobre este grupo poblacional, situación que ha hecho que los indicios se centren principalmente en el estado de salud en la niñez.

Los diferentes estudios indican persistentemente que las personas de mayor nivel socioeconómico experimentan mejor estado de salud que aquéllas de menor nivel. Esas desigualdades en salud se han identificado a través del tiempo, lugar, género y edad (Goldman, 2001). Asimismo, éstas persisten para el conjunto de indicadores del estado de salud (mortalidad, morbilidad, nutrición, estado de salud percibida, etc.), e independientemente del indicador de condición socioeconómica utilizado (ingresos, consumo, activos, educación, posición ocupacional, nivel de urbanización).

Muchos de los estudios evidencian también que la relación positiva entre estado de salud y condición socioeconómica no es única a la condición de pobreza, sino que se observa a cada nivel de la jerarquía social, y genera lo que se conoce como el gradiente social en salud (Goldman, 2001), es decir, el estado de salud mejora a medida que aumenta el nivel socioeconómico, en una relación monótona aunque no necesariamente lineal.

#### **EVIDENCIA DE INEQUIDADES EN SALUD: 1990-2000**

Las tendencias entre 1990 y 2000 indican avances importantes en los promedios de acceso potencial (afiliación) y uso de servicios de salud materna, los cuales han estado acompañados de descensos en la inequidad, especialmente marcados en las zonas rurales. Por el contrario, el uso de los servicios para obtener esquemas completos de vacunación en los niños muestra un retroceso tanto en los niveles de cobertura como en las inequidades, en la zona urbana como en la rural. Por su parte, los avances en el estado de salud han sido muy modestos (solamente se observan en mortalidad infantil) y han estado acompañados de un aumento en las inequidades, especialmente en las zonas urbanas

Los cambios en los últimos años en los promedios e inequidades son especialmente marcados en la afiliación —hacia una mayor cobertura con mayor equidad— tanto entre zonas urbana y rural como dentro de cada zona. La afiliación total pasa de 29,1% en 1995 a 58,1% en el 2000. Durante este periodo la brecha entre el campo y la ciudad, en materia de afiliación, se cierra de manera significativa, pues los avances son mayores en la zona rural que en la urbana. Así, mientras en la zona urbana, la afiliación aumentó de 38,8% al 60,7% entre 1995 y el 2000; en la zona rural se pasó de 8,6% al 51,6%

La tendencia más fuerte hacia una mayor cobertura y una mayor equidad en la zona rural que en la urbana sugiere que el aumento en la afiliación en la zona rural se ha dado principalmente en los quintiles bajos del nivel socioeconómico. Esto es consistente con el hecho de que en la zona urbana la afiliación en el régimen contributivo, donde se encuentran las personas con empleo formal o con ingresos superiores a los dos salarios mínimos es más alta; mientras que en la zona rural, la afiliación en el régimen subsidiado es mayor.

A pesar de los grandes avances en la afiliación de los últimos años, en el

	<p>sistema persisten diferencias en la afiliación por edad, sexo y zona de residencia. Los promedios tienden a ser mayores en los grupos de mayor edad, tanto entre hombres como en mujeres, en la zona rural y en la urbana, probablemente por ser mayor la afiliación en el régimen contributivo y por el alto número de personas pensionadas que se encuentran afiliadas a ese régimen. La mayor afiliación en los grupos de mayor edad puede reflejar también los efectos acumulados de pertenecer a la fuerza laboral, a la cual estaba asociada la afiliación a la seguridad social antes de la reforma al sistema de salud.</p> <p>Las tendencias en los indicadores de salud entre 1990 y 2000 muestran una mejoría importante en el acceso potencial (afiliación), evidente por su promedio y por su equidad. De igual manera, ha aumentado el uso de los servicios de salud materna, acompañado de un descenso en la inequidad, especialmente marcado en las zonas rurales.</p> <p>Los cambios hacia una mayor cobertura y equidad en el acceso y uso de los servicios de salud, por zona y por nivel socioeconómico, pueden asociarse con los efectos del subsidio de salud traído por la reforma del sistema de seguridad social, que sirve a los grupos de menor nivel socioeconómico y ha tenido un despliegue importante en área rural.</p> <p>Es importante llamar la atención sobre las coberturas de vacunación. El uso de los servicios para obtener esquemas completos de inmunización en los niños muestra un retroceso tanto en la cobertura como en la equidad por nivel socioeconómico, que afecta a todas las zonas geográficas.</p> <p>Sin embargo, al analizar cada uno de los indicadores de acceso y estado de salud, se confirma la existencia de inequidades a lo largo de toda la década, en prácticamente todos los indicadores, a favor de las zonas urbanas y de los grupos de mayor nivel socioeconómico.</p> <p>De este estudio se puede concluir que las zonas rurales se encuentran en peores condiciones, tanto por sus resultados en salud como por su capacidad para el acceso y el uso de los servicios. Sin embargo y aunque los resultados en el estado de salud les sean desfavorables, llama la atención que las diferencias entre los individuos son sustancialmente menores que las encontradas en la zona urbana, lo que evidencia una mejor equidad en su interior, en este sentido.</p> <p>De la observación del estado de salud, se deduce además que la inequidad relacionada con el nivel socioeconómico es mucho más marcada en la zona urbana, aunque las personas muestren un mejor estado de salud. Por el contrario, en términos de acceso y uso de los servicios, la inequidad se marca en contra de la población rural, con menor cobertura promedio y mayores diferencias entre los individuos. Dado que el acceso a los servicios de salud no se define solamente por su oferta, sino también por las condiciones de infraestructura y transporte, por la mayor disponibilidad en las áreas más urbanizadas y por el nivel socioeconómico, estos factores se encuentran dentro de los determinantes para la equidad en este sentido.</p> <p>(Documento 34)</p>
Rincón Cañón Luis	Cada día se hace más imperioso fortalecer la capacidad de analizar, estudiar, evaluar y proponer ajustes, de manera permanente, para el desarrollo de las

<p>Eduardo  <u>Situación del sector salud en Colombia retos y compromisos del nuevo gobierno</u>  Fundación Corona  Fundación Santa Fe de Bogotá  Bogota, 2002</p>	<p>políticas de salud.</p> <p>Adicionalmente, se ha identificado que los procesos electorales en Colombia presentan los temas de salud de manera muy genérica, y los compromisos que se generan en las campañas son poco precisos, lo cual dificulta su seguimiento y evaluación posterior. Los planes de desarrollo -aunque han mejorado y proveen algunas maneras de evaluar la gestión gubernamental- no son lo suficientemente concretos ni representan una manera efectiva para evaluar la gestión sectorial.</p> <p>En este orden de ideas, la Fundación Santa Fe de Bogotá y la Fundación Corona encontraron pertinente realizar un trabajo para generar debate entre los candidatos para el período presidencial 2002-2006, sobre los temas cruciales y concretos para el desarrollo del sector salud colombiano, con el fin de lograr compromisos.</p> <p>Para alcanzar esta meta se desarrolló un proyecto denominado Sector Salud y Candidatos, el cual, en su primera fase, permitió caracterizar la situación sectorial actual sustentándola con hechos y datos a través de la identificación de los problemas y retos más relevantes por resolver en los próximos años. El proyecto permitió redactar un conjunto de preguntas para orientar el debate público sobre el sistema de salud entre los candidatos, los actores sectoriales y el público en general.</p> <p>Así mismo, este trabajo permitirá, en su segunda fase, definir algunos indicadores para hacer seguimiento al sistema de salud, especialmente a la gestión que se realice para alcanzar las metas de equidad, calidad y eficiencia.</p> <p>Problemas relevantes identificados por los expertos de acuerdo a su relevancia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspectos financieros</li> <li>2. Vigilancia y control</li> <li>3. Hospitales</li> <li>4. Información</li> <li>5. Liderazgo del Ministerio de Salud</li> <li>6. Salud pública</li> <li>7. Evasión</li> <li>8. Recurso humano</li> <li>9. Calidad</li> <li>10. Instituto de Seguros Sociales</li> <li>11. Corrupción</li> <li>12. Cobertura</li> <li>13. Régimen subsidiado</li> <li>14. Equidad</li> <li>15. Ciencia y tecnología</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Información que sustenta los problemas relevantes</b></p> <p><b>Aspectos financieros</b></p>
--	---

**TABLA No. 1**

**CONSORCIO FIALUD - SUBCUENTA DE COMPENSACIÓN  
1995-2001**

En millones de pesos

CONCEPTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>INGRESOS</b>							
Vigencia	17.375	72.290	111.223	328.690	440.038	391.357	530.775
Reservas de años anteriores			60.123	128.439	221.293	335.956	256.677
<b>TOTALES</b>	<b>18.199</b>	<b>82.920</b>	<b>205.447</b>	<b>515.128</b>	<b>735.973</b>	<b>765.412</b>	<b>818.020</b>
<b>EGRESOS</b>							
Compensación	1.671	20.743	77.667	292.409	397.476	505.061	637.589
Otros				173.600	183.254	4.157	2.667
<b>TOTALES</b>	<b>1.738</b>	<b>22.797</b>	<b>78.559</b>	<b>294.012</b>	<b>399.880</b>	<b>510.588</b>	<b>642.028</b>
<b>BALANCE</b>							
Compensación vigencia (saldo)	15.704	51.537	33.556	36.281	42.562	-113.704	-106.813
<b>SALDO</b>	<b>16.461</b>	<b>60.123</b>	<b>126.888</b>	<b>221.293</b>	<b>336.093</b>	<b>254.824</b>	<b>175.992</b>

Fuente: Consorcio Fialud.

Nota: Los datos del año 2001 están calculados hasta 30 de septiembre.

**TABLA No. 2**

**FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA  
SUBCUENTA DE COMPENSACIÓN - 1995-2001**

En millones de pesos

AÑOS	PRESU- PUESTADO	RECAUDADO		EJECUTADO		SALDO
		\$	%	\$	%	
1995	-	18.199	-	1.738	-	16.461
1996	47.375	82.920	175,0	22.797	48,1	60.123
1997	174.896	205.447	117,5	78.559	44,9	126.888
1998	422.670	515.128	121,9	294.012	69,6	221.116
1999	425.976	735.973	172,8	401.014	94,1	334.959
2000	903.102	765.412	84,8	510.587	56,5	254.825
2001	879.589	424.802	48,3	480.663	54,6	-55.861
<b>TOTAL</b>	<b>2.853.607</b>	<b>2.747.881</b>	<b>96,3</b>	<b>1.789.370</b>	<b>62,7</b>	

Fuente: Informes del ONSS al Congreso Nacional.

Nota: Los datos del año 2001 están calculados hasta el 31 de mayo.

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA  
SUBCUENTA DE COMPENSACIÓN 1997-2001

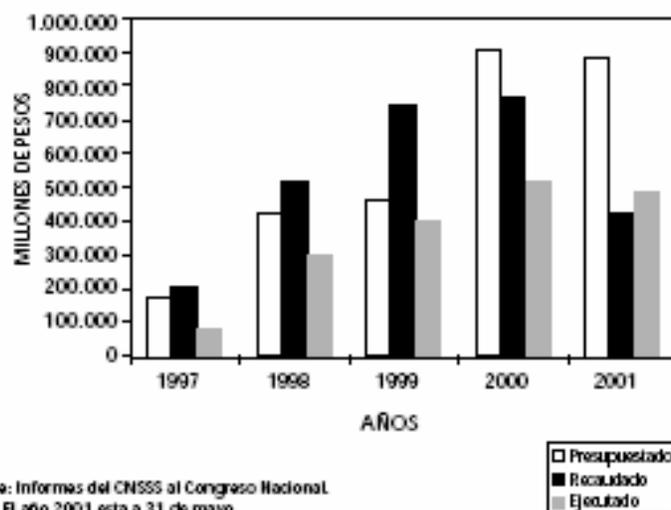


TABLA No. 3

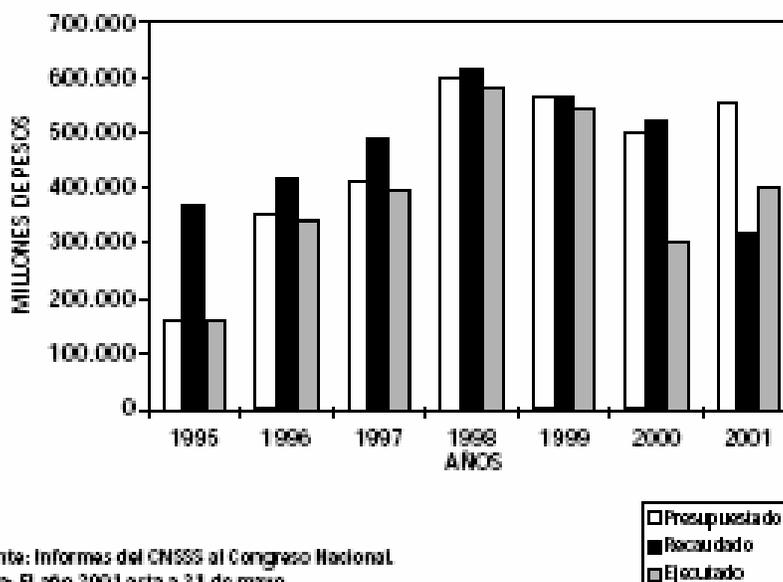
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA  
SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD - 1995-2001  
En millones de pesos

AÑOS	PRESUPUESTADO		RECAUDADO		EJECUTADO		SALDO
	\$	%	\$	%	\$	%	
1995	159.197	100,0	365.312	229,5	159.632	100,3	205.880
1996	350.564	100,0	414.557	118,3	339.950	97,0	74.607
1997	409.534	100,0	487.058	118,9	394.195	96,3	92.863
1998	595.839	100,0	613.637	103,0	579.045	97,2	34.592
1999	563.900	100,0	565.727	100,3	541.517	96,0	24.210
2000	502.183	100,0	522.101	104,0	302.400	60,2	219.701
2001	555.176	100,0	322.028	58,0	401.106	72,2	-79.078
<b>TOTAL</b>	<b>3.136.393</b>		<b>3.290.420</b>	<b>104,9</b>	<b>2.717.845</b>	<b>86,7</b>	

Fuente: Informes del CNSS al Congreso Nacional.  
 Nota: Los datos del año 2001 estan calculados hasta el 31 de mayo.

GRÁFICA No. 2

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA  
SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD - 1995-2001



Fuente: Informes del CNSSS al Congreso Nacional.  
Nota: El año 2001 está a 31 de mayo.

TABLA No. 4

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA  
SUBCUENTA DE PROMOCIÓN - 1995-2001

En millones de pesos

AÑOS	PRESUPUESTADO	RECAUDADO		EJECUTADO		SALDO
	₺	₺	%	₺	%	
1995	-	3.063	-	15	-	3.048
1996	9.121	10.424	114,3	2.899	31,8	7.525
1997	20.997	24.131	114,9	11.265	53,7	2.966
1998	32.431	59.425	183,2	5.149	15,9	54.276
1999	75.667	112.115	148,2	29.384	38,8	82.731
2000	150.808	141.211	93,6	10.715	7,1	130.496
2001	62.886	37.429	59,5	9.013	14,3	28.416
<b>TOTAL</b>	<b>351.910</b>	<b>387.798</b>	<b>110,2</b>	<b>68.440</b>	<b>19,4</b>	

Fuente: Informes del CNSSS al Congreso Nacional.

Nota: Los datos del año 2001 están calculados hasta el 31 de mayo.

**TABLA No. 6**

**FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA  
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL - 1995-2001**  
En millones de pesos

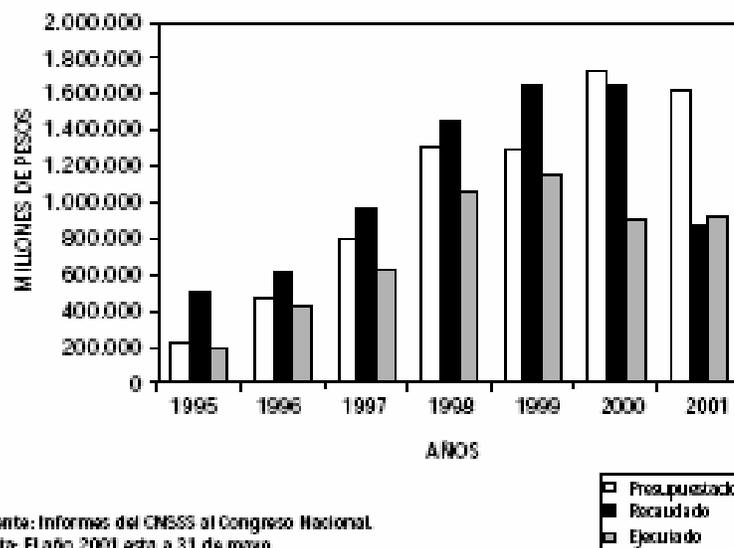
AÑOS	PRESUPUESTADO	RECAUDADO		EJECUTADO		SALDO
	\$	\$	%	\$	%	\$
1995	219.197	497.539	227,0	199.385	86,4	308.154
1996	468.833	606.479	129,4	413.024	88,1	193.455
1997	794.494	965.972	121,6	621.266	78,2	344.706
1998	1.201.463	1.454.776	111,8	1.064.580	81,8	390.196
1999	1.286.438	1.654.940	128,6	1.154.031	89,7	500.909
2000	1.725.356	1.656.093	96,0	908.763	52,7	747.330
2001	1.625.779	876.982	53,9	918.431	56,5	-41.449
<b>TOTAL</b>	<b>7.421.560</b>	<b>7.712.781</b>	<b>103,9</b>	<b>5.269.480</b>	<b>71,0</b>	

Fuente: Informes del CNSSS al Congreso Nacional.

Nota: Los datos del año 2001 están calculados hasta el 31 de mayo.

**GRÁFICO No. 5**

**FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA  
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL - 1995-2001**



Fuente: Informes del CNSSS al Congreso Nacional.

Nota: El año 2001 está a 31 de mayo.

**TABLA No. 30**

**PROMEDIO DE DURACIÓN  
DE LOS MINISTROS DE SALUD**

AÑOS	MINISTRO(A)	PERÍODO	MESES	AÑOS
1978-1982	Alfonso Jaramillo S.	Ago. 7, 1978 - Ago. 6, 1982	48	4,00
1982-1983	Jorge García G.	Ago. 7, 1982 - Ago. 4, 1983	12	1,00
1983-1984	Jaime Arias R.	Ago. 4, 1983 - Jul. 4, 1984	11	0,91
1984-1985	Amaury García B.	Jul. 4, 1984 - Feb. 28, 1985	7	0,58
1985-1986	Rafael de Zubiría G.	Feb. 28, 1985 - Ene. 13, 1986	11	0,90
1986-1986	Efraim Otero R.	Ene. 13, 1986 - Ago. 10, 1986	7	0,60
1986-1987	César Esmeral B.	Ago. 11, 1986 - Mar. 14, 1987	7	0,60
1987-1988	José Granada R.	Mar. 16, 1987 - Jun. 8, 1988	15	1,25
1988-1989	Luis H. Arraut E.	Jun. 9, 1988 - Feb. 7, 1989	8	0,66
1989-1990	Eduardo Díaz U.	Feb. 8, 1989 - Ago. 6, 1990	18	1,50
1990-1990	Antonio Navarro W.	Ago. 7, 1990 - Oct. 25, 1990	2	0,16
1990-1992	Camilo González P.	Oct. 30, 1990 - Ago. 12, 1992	22	1,83
1992-1992	Gustavo de Roux R.	Ago. 13, 1992 - Nov. 29, 1992	3	0,25
1992-1994	Juan Luis Londoño	Nov. 30, 1992 - Ago. 6, 1994	21	1,75
1994-1995	Alonso Gómez D.	Ago. 7, 1994 - Jul. 18, 1995	11	0,92
1995-1996	Augusto Galán S.	Jul. 19, 1995 - Ene. 25, 1996	6	0,50
1996-1998	María T. Forero	En. 26, 1996 - Ago. 7, 1998	31	2,58
1998-2000	Virgilio Galvis G.	Ago. 8, 1998 - May. 2000	21	1,75
2000-2001	Sara Ordóñez N.	Jul. 2000 - Oct. 2001	16	1,33
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>		<b>277</b>	
		<b>PROMEDIO</b>	<b>14,6</b>	<b>1,22</b>
		<b>MEDIANA</b>	<b>11</b>	

Fuente: Ministerio de Salud, Centro de Documentación.

**TABLA No. 38**

**SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
EVASIÓN Y ELUSIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO  
2000**

CONCEPTO	POBLACIÓN OCUPADA	IBC (\$Mes)	COTIZACIÓN (\$/Año) Millones	EVASIÓN / ELUSIÓN	
				2000	1997
Recaudo potencial	6.330.350	621.291	5.663.504	100,0	100,0
Recaudo efectivo	4.697.667	533.873	3.611.460	63,8	54,2
Evasión-elusión	6.330.350	225.111	2.052.044	36,2	45,8
Subdeclaración de ingresos	4.697.667	83.460	564.578	10,0	24,5
Afiliados no cotizantes	333.596	877.457	421.511	7,4	6,1
Afiliados al régimen subsidiado	224.217	527.214	170.223	3,0	1,4
Pensionados no cotizantes	6.599	556.466	5.288	0,1	0,5
No Afiliados al SGSSS	1.068.272	578.845	890.444	15,7	13,3
Mora cotizantes inactivos	676.005	617.333	600.941	12,6	13,5

Fuente: Informe de avance del proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos Estratégicos y Organismos Públicos y Privados Encargados de la Afiliación, Pago y Recaudo de Aportes al SGSSS, Bkran y Asociados, octubre de 2000. (Cálculos: Econometría basada en la Encuesta de Hogares, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2000 y Encuesta Calidad de Vida, Dane, 1997)

	<p style="text-align: center;"><b>TABLA No. 39</b></p> <p style="text-align: center;"><b>EVASIÓN-ELUSIÓN</b> <b>2000</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">CONCEPTO</th> <th style="text-align: center;">VALOR</th> <th style="text-align: center;">CAPACIDAD DE AFILIACIÓN (No. de personas)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Evasión-elusión</td> <td style="text-align: center;">\$2 billones 52 mil millones</td> <td style="text-align: center;">9.287.338</td> </tr> <tr> <td>Valor UPC, Régimen Contributivo</td> <td style="text-align: center;">\$265.734 millones</td> <td style="text-align: center;">7.078.658</td> </tr> <tr> <td>Valor UPC, Régimen Subsidiado</td> <td style="text-align: center;">\$141.480 millones</td> <td style="text-align: center;">1.208.680</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>Fuente: Cálculos del Grupo Técnico del proyecto "Sector Salud y Candidatos" con los datos de Bitran y Asociados.</small></p>	CONCEPTO	VALOR	CAPACIDAD DE AFILIACIÓN (No. de personas)	Evasión-elusión	\$2 billones 52 mil millones	9.287.338	Valor UPC, Régimen Contributivo	\$265.734 millones	7.078.658	Valor UPC, Régimen Subsidiado	\$141.480 millones	1.208.680
CONCEPTO	VALOR	CAPACIDAD DE AFILIACIÓN (No. de personas)											
Evasión-elusión	\$2 billones 52 mil millones	9.287.338											
Valor UPC, Régimen Contributivo	\$265.734 millones	7.078.658											
Valor UPC, Régimen Subsidiado	\$141.480 millones	1.208.680											
<p>Consejo consultivo laboral andino</p> <p><b><u>La reforma de los sistemas de seguridad social en los países andinos</u></b></p> <p>Documento elaborado por el Dr. Javier Antonio Mújica Petit, por encargo del Programa Laboral de Desarrollo - PLADES 2003</p>	<p><b>En materia de salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Se ha producido un marcada reducción del gasto o inversión pública en el sector.</li> <li>*Se vienen reemplazando los esquemas de financiamiento a la oferta (universalización de la cobertura) por esquemas de subsidio a la demanda (focalización del gasto).</li> <li>*Se vienen desarrollando modelos asistenciales centrados en atención hospitalaria cuyos servicios dependen más de la oferta posible que de la demanda existente.</li> <li>*Se concentra la red asistencial en grandes centros urbanos con notorios desniveles en la cobertura de salud, principalmente en desmedro de la salud rural.</li> <li>*Se amplía la cobertura de servicios de salud pública sin proporción con el crecimiento de la estructura de servicios, con repercusiones desfavorables en la calidad y nivel de los servicios; el incremento de la carga laboral de los trabajadores de salud; y el incremento de denuncias por negligencia y/o denegación de servicios de salud.</li> <li>*Se amplía la inequidad en los sistemas privados de salud: buena salud para quienes pagan primas altas y salud de menor calidad para sectores de menor ingreso.</li> </ul> <p>Entre los impactos de naturaleza positiva que se atribuyen al sistema instituido por la reforma en 1993 se citan usualmente: la posibilidad de moverse de un empleo a otro sin causar discontinuidad en la cotización; el establecimiento de pensiones mínimas; la existencia de un esquema de subsidios canalizado a través del Fondo de Solidaridad Pensional y de pensiones de indigencia; la existencia de fondos privados con rendimientos financieros positivos; un sistema de información y vigilancia eficiente a cargo de la Superintendencia Bancaria<sup>17</sup>. Se menciona también que, como resultado de estas transformaciones institucionales, la cobertura del SGSSS pasó del 20% al 52% de la población, durante el periodo 1993-1998y que el gasto total en salud pasó del 7% al 10% del PIB<sup>18</sup>.</p> <p>Los críticos de la reforma, en cambio, señalan que el gasto público en seguridad social otorga mayores beneficios a los trabajadores del sector público y conlleva una quiebra del principio de solidaridad, poniendo fin al</p>												

respaldo entre generaciones y entre grupos de ingreso al segregar a los afiliados en dos tipos diferentes de regímenes.

Se acusa, también, la desfinanciación estatal del componente solidario para el Fondo de Solidaridad Pensionaria (ley de racionalización del gasto de 1996); la escasa proporción de afiliados con respecto a la PEA (existen cerca de 12 millones de personas por fuera del sistema); las exageradas comisiones cobradas por los fondos privados (3.5 % del salario), de las más altas del mundo; la recurrente afectación de derechos adquiridos de las personas que se mantienen en el sistema pensional público o en regímenes especiales; y la necesidad de encontrar un camino que garantice el pago de pensiones mínimas por parte de los fondos privados de pensiones<sup>19</sup>.

Se afirma, también, que la ley N° 100 no tenía en realidad el propósito de tratar la salud pública como un bien público y menos aún de fortalecerla, pues su objetivo central eran réditos obtenibles de los servicios personales de salud o servicios de salud privada<sup>20</sup>.

Uno de los argumentos centrales utilizados para justificar la reforma giraba en torno a las bajas coberturas en salud. Las cifras previas a la reforma señalaban que a principios de los 90 la cobertura del sistema abarcaba se aproximaba al 70 % de la población (35% oficial, 20% seguridad social, 15% sector privado, aproximadamente según datos manejados en el antiguo sistema), con un 30 % de población desprotegida.

Un informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) de julio de 1998 registraba un 20,5 % de afiliación al régimen subsidiado (sobre una base poblacional del 41 593 011 personas) y un 40,2 % de afiliados al régimen contributivo para un total de 60,7 %. Otro informe, esta vez de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP), señaló un decaimiento creciente en las coberturas, en primer lugar con respecto a las cifras previas y, después, dentro del proceso de implementación del nuevo sistema: 54,6 % de cobertura para 1997 (17,5 % subsidiado, 37,1 % contributivo) y 49,1 % en 1998. Cifras que son consistentes con el descenso ocurrido en los niveles de empleo y los efectos de la recesión económica.

La FNSP ha insistido en más de una ocasión sobre las debilidades sociales de la Reforma colombiana, acusando el deterioro de la salud pública a partir de los cambios introducidos en 1993; y, fundamentalmente, la ausencia de una real política de salud pública. Otras críticas refieren que la reforma se dedicó al aseguramiento y al asistencialismo; a la existencia de descontento entre los profesionales de la salud; pobre capacitación en el sistema; desconocimiento de las condiciones epidemiológicas y desorganización del sistema de información; descenso en las coberturas; pocas acciones en promoción, prevención y desarrollo de recursos humanos; bajos índices de certificación de municipios y departamentos; alta correlación de aseguramiento y niveles de riqueza y bajos niveles de afiliación en la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI); grandes inequidades entre regiones colombianas en lo relacionado con el aseguramiento y la asignación de los subsidios, etc.

Las reformas implementadas en los países de la sub-región Andina se han caracterizado por:

	<p>La reducción del papel del Estado como garante primario del goce del derecho humano a la Seguridad Social;</p> <p>La mercantilización de los sistemas de salud, pensiones y riesgos del trabajo, ha reducido la responsabilidad social del empresariado en su financiamiento trasladando el peso de su mantenimiento a los, ya de por sí deteriorados, recursos de los trabajadores;</p> <p>La imposición de sistemas duales en los que las personas con mayores recursos se vinculan a los sistemas privados y los pobres a los sistemas públicos, impacta negativamente en el encaramiento de las enfermedades de alto costo y en el proceso de envejecimiento, lo que no solo genera un sistema de acceso estratificado a prestaciones que deberían corresponder a derechos de naturaleza universal, sino que conlleva como resultado la pérdida de la solidaridad y los vínculos de cohesión social (Documento 36)</p>
<p>Luis Gonzalo Morales Sánchez <b><u>El financiamiento del sistema de seguridad Social en salud en Colombia</u></b> Naciones Unidas "Reformas financieras al sector salud en América latina y el caribe" Unidad de financiamiento, Santiago de Chile, julio de 1997</p>	<p>El nuevo esquema financiero del Sistema, contempla para su operación la existencia de un Régimen Contributivo para aquellas personas con capacidad de pago, quienes deben aportar un porcentaje de sus ingresos (12%), los que para el caso de los aportantes de mayores ingresos, deben generar excedentes que serían destinados a completar los recursos necesarios para la afiliación a este régimen, de aquellos cuyo aporte es insuficiente para pagar las UPCs; mecanismo que en la nueva ley se denomina la compensación.</p> <p>Igualmente, del Régimen Contributivo se hacen aportes para las personas más pobres pertenecientes al Régimen Subsidiado, al trasladar un punto de los 12 recaudados destinados a completar la financiación de la UPC de los más pobres, mecanismo denominado solidaridad.</p> <p>De conformidad con la nueva ley de Seguridad Social, en la administración y financiación de los servicios de salud prestados directamente por el Estado a nivel territorial, se produce un cambio sustancial en la forma como se les entregaban los recursos a los hospitales públicos, asignados tradicionalmente mediante presupuestos históricos denominados "subsidios a la oferta", no relacionados con el tipo y cantidad de pacientes atendidos ni con el volumen y calidad de los servicios producidos.</p> <p>Las EPSs recibirán una UPC o prima ajustada por riesgo por cada afiliado destinada a financiar la prestación de servicios. Este mecanismo se denomina en la nueva ley los "subsidios de demanda".</p> <p>En este nuevo esquema desaparecen los antiguos subsectores de la Seguridad Social - Público y el Privado- para dar paso a los Regímenes Contributivo y Subsidiado y temporalmente al de los Vinculados Transitorios, creado para atender durante el ajuste del sistema, a quienes aún no se hubieran afiliado al Régimen Subsidiado. Con ello se pretende la verdadera integración que se requería y se buscan eliminar así las duplicidades existentes.</p> <p>De la misma manera también desaparecen los diferentes niveles de cotizaciones y planes de beneficios. Se incrementa el monto de las cotizaciones, las que pasan del 7 al 12% sobre los ingresos laborales para todos los trabajadores colombianos. Se hace obligatoria la afiliación y se</p>

amplía la cobertura con servicios de salud integrales a la familia del trabajador. Se establece un Plan Obligatorio de Salud y una Unidad de Pago por Capitación ajustada por riesgo, en ambos casos iguales para todos. Desaparece el papel monopólico del estado y los antiguos entes de seguridad social en la administración y prestación de servicios, al crearse las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios, las que pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta, quienes deberán competir entre si para conseguir afiliados y subsistir.

Se fortalece la dirección del Sistema mediante la creación de un organismo colegiado con funciones decisorias, que supla en buena parte las dificultades derivadas de la alta rotación en el Ministerio de Salud, ente denominado el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud con sus homólogos a nivel territorial - las Direcciones Territoriales - se especializan en las funciones de dirección, vigilancia y control, eliminando gradualmente de ellas la financiación y prestación directa de servicios.

Se crea el Fondo de Solidaridad y Garantía, ente encargado de la administración de los recursos del Sistema, que encarna la responsabilidad del Estado en su financiación y organización, quien además delega en las EPSs el recaudo y manejo de los recursos, los que por ley, son propiedad del Sistema. Este se encuentra subdividido en cuatro subcuentas a saber: i) la de Compensación, ii) Solidaridad, iii) Promoción y Prevención, y iv) la de Accidentes de Tránsito, Atentados Terroristas y Catástrofes Naturales, encargadas del manejo de los recursos específicos en cada uno de los rubros señalados.

La afiliación obligatoria al sistema, persigue en esencia dos objetivos que son el de lograr que todos los colombianos estén cubiertos con un seguro de salud y el de garantizar su financiación mediante el pago de la cotización aplicada a los ingresos de los trabajadores. Aunque estos objetivos son apenas lógicos, enfrentan problemas muy difíciles de resolver que cuestionan la funcionalidad de los mecanismos que se diseñaron para la afiliación y financiación del sistema, en cuanto al pago y recaudo de aportes.

Hacer efectiva la obligatoriedad de la afiliación a más de la mitad de los trabajadores colombianos que pertenecen al sector informal de la economía, los que conjuntamente con sus familias representan cerca de 12 millones de ciudadanos, va a ser una meta bien difícil de lograr, en razón a que la inmensa mayoría de estos trabajadores no están ligados formalmente con la economía, como lo es el hecho de no tener un patrono, de derivar sus ingresos de ventas o prestación de servicios que hacen a personas individualmente y, de nunca haber pagado impuestos. Probablemente muchos de ellos pagan servicios públicos, tienen licencia de conducir o sus hijos asisten a establecimientos educativos, con lo que podría pensarse que sería factible exigirles la afiliación a la seguridad social, previa a la ejecución de los trámites mencionados. Sin embargo, la experiencia en Colombia demuestra como estos mecanismos de "paz y salvo" previos, son poco efectivos, en algunos casos ilegales y se convierten en fuentes de corrupción.

De la misma manera, existe un mecanismo único para la afiliación, que no consulta las diferencias que existen entre las múltiples formas y condiciones de empleo existentes en el mercado laboral colombiano, en aspectos tales

	<p>como la dependencia de un patrono, el monto y la estacionalidad de los ingresos laborales, circunstancia que genera inequidades y claros estímulos a evadir la afiliación y el pago de los aportes.</p> <p>El caso más palpable es el del trabajador independiente para quien la afiliación resulta más onerosa, al tener que pagar él solo la totalidad del aporte y al no beneficiarse de otros programas, entre otros, como la protección a los riesgos laborales. Esto adicionalmente hace que las EPSs los rechacen como afiliados potenciales , para quienes por las razones expuestas, resulta más costosa y riesgosa su afiliación.</p> <p>(Documento 37)</p>
<p>Adriana Rodríguez  <u>"Equidad, eficiencia y control del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia"</u>          Contraloría General de la Republica, Dirección de Estudios Sectoriales para el Sector Social          Junio 1 de 2001</p>	<p>El presente documento pretende hacer un diagnóstico del Sistema de Seguridad Social en Salud a través del análisis de la cobertura, del gasto público en salud, el efecto equidad de las políticas del sector y el funcionamiento del sistema de vigilancia y control.</p> <p>El logro más destacado de esta reforma ha sido el aumento en la cobertura de seguridad social en salud, aún cuando el objetivo de alcanzar una cobertura para toda la población colombiana está distante.</p> <p>En el año 2000 la cobertura en salud para el total nacional<sup>3</sup> era del 52%. Para las siete ciudades principales con sus áreas metropolitanas era del 61%, lo que equivale a 8.8 millones de personas y significa un aumento de 5 puntos en poco más de 3 años, pues en diciembre de 1996 apenas alcanzaba el 56.2%.</p> <p>La participación de cada régimen dentro del total de afiliados, es de 87% para el contributivo y 13% para el subsidiado. Esto evidencia un aumento importante del régimen subsidiado con respecto a diciembre de 1996, cuando apenas cubría al 5.1% de los afiliados.</p> <p>El aporte de cada régimen a la ampliación de la cobertura experimentada entre 1996 y 2000, se puede observar de la siguiente manera: entre 1996 y 2000 la cobertura aumento en 48 de cada 1000 habitantes, 46 de los cuales corresponden a afiliaciones al régimen subsidiado y 2 al régimen contributivo, es decir, que la ampliación en la cobertura del SSSS durante el último quinquenio estuvo explicada fundamentalmente por el crecimiento de afiliaciones en el régimen subsidiado.</p> <p><b>Entidades de afiliación:</b> La distribución de los afiliados de acuerdo a las entidades de seguridad social en salud es la siguiente: el 87.1% está vinculado a una EPS (34.9% al Instituto de Seguros Sociales – ISS y el 52.2% a otras EPS), el 5.4% al régimen de salud de las Fuerzas Militares, Ecopetrol y Magisterio, el 3.3% a Cajas de Compensación Familiar y el 2.4% a Empresas Solidarias de Salud.</p> <p><b>Relación cotizantes – beneficiarios:</b> La relación cotizantes – beneficiarios en el régimen contributivo<sup>9</sup> es de 1.26, es decir que por cada persona que cotiza al sistema hay 1.2 beneficiarios en promedio. En otras palabras, por cada 100 cotizantes al sistema contributivo hay 126 beneficiarios.</p> <p><b>Doble afiliación<sup>10</sup>:</b> La doble afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud representa un problema en la distribución de los recursos del mismo, pues genera doble erogación de UPC al sistema, sin que el beneficiario sea distinto. De ésta forma as ARS o EPS se pagan por servicios no prestados y los recursos públicos se erosionan en la misma proporción.</p> <p>Para marzo de 2000 en las 7 ciudades con sus áreas metropolitanas la doble</p>

afiliación se presenta para el 3.1% de las personas afiliadas, lo que equivale a 272 mil personas. Para el total nacional (incluyendo áreas rurales y las demás cabeceras municipales) el número de personas con doble afiliación es 468 mil.

**Cobertura y afiliación al SSSS de la población ocupada:** Para las personas ocupadas de las 7 principales ciudades la cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud es del 65.4% porcentaje superior en 4 puntos al del total de la población. Un examen de la afiliación de los ocupados en las 7 principales ciudades permite detectar las siguientes irregularidades en el sistema:

**Evasión por parte de ocupados con capacidad de pago:** Existen 154 mil ocupados con capacidad de pago (ingresos mensuales superiores a 2 salarios mínimos) que no se encuentran afiliados al sistema. La afiliación de estas personas en calidad de cotizantes equivale a la afiliación de casi 200 mil personas adicionales que ingresarían como beneficiarios. El efecto total en la cobertura sería de 350 mil personas.

**Evasión y utilización de recursos del régimen subsidiado por personas con capacidad de pago:** 16 mil personas ocupadas a pesar de tener capacidad de pago para afiliarse al régimen contributivo (ingresos superiores a los 2 salarios mínimos) se encuentran afiliadas al régimen subsidiado. La correcta incorporación de esta población al sistema, liberaría recursos que podrían destinarse al aumento de la cobertura de las personas más pobres.

**Ocupados con capacidad de pago afiliados al sistema en calidad de beneficiarios:** Por último, existen 100 mil personas ocupadas afiliadas al régimen contributivo en calidad de beneficiarios, que cuentan con capacidad de pago para vincularse en calidad de cotizantes. La incorporación correcta de estas personas no solo inyectaría recursos al sistema sino que aumentaría la cobertura por la vinculación de nuevos beneficiarios.

Frente a estas situaciones de evasión, existen 1.8 millones de ocupados con ingresos inferiores a 2 salarios mínimos que deberían estar vinculados al sistema a través del régimen subsidiado.

Un balance de lo anterior, muestra 270 mil casos de ocupados con evasión de aportes al sistema. Los correctivos de este fenómeno equivaldrían a la incorporación de aproximadamente 450 mil personas al sistema, así como la recuperación de recursos que contribuirían a aumentos en la cobertura a través del régimen subsidiado.

### **Conclusiones y recomendaciones**

El Régimen Contributivo presenta problemas de ineficiencia financiera como altos niveles de evasión, elusión y selección adversa, morosidad, afiliaciones indebidas, entre otras.

Dichas irregularidades además de evidenciar problemas en el funcionamiento del mercado muestran las deficiencias en el sistema de control, cuyo insumo fundamental es un oportuno y confiable sistema de información. Este es uno de los puntos más críticos y menos consolidado en la seguridad social en salud. Su fortalecimiento requiere el esfuerzo de las EPS y ARS, así como la necesaria intervención de los organismos de control en la definición de plazos y planes de desempeño para mejorar su oportunidad, generar redes de información y garantizar el mantenimiento de las mismas.

Adicionalmente, es necesaria la conformación de alianzas estratégicas con el control social, promoviendo la participación activa de las comunidades para fortalecer y complementar el control fiscal. Esto requiere crear mecanismos

	<p>que aseguren que la ciudadanía se entere del desarrollo y cumplimiento de los programas conforme a lo planificado, brindándole a la población elementos de juicio para realizar el control ciudadano, formular denuncias y quejas y facilitar la gobernabilidad del sistema.</p> <p>En este contexto, debe también señalarse la necesidad de que las labores de inspección y vigilancia entre el Ministerio, Supersalud y los entes territoriales sean coherentes e integrales, abarcando el control e inspección en el nivel financiero, así como en la calidad de los servicios prestados.</p> <p>(Documento 38)</p>
<p>Ramón Abel Castaño, José J. Arbelaez, Ursula Giedion, Luis Gonzalo Morales</p> <p><b><u>Evolución de la equidad en sistema colombiano de salud</u></b></p> <p>Serie financiamiento del desarrollo, Unidad de estudios especiales, Secretaría Ejecutiva, CEPAL. Santiago de Chile, mayo de 2001</p>	<p>Durante los seis años de vida del nuevo sistema de salud, han surgido interrogantes sobre cómo enfrenta la reforma los desafíos comunes a todos los sistemas del mundo, pero pocas han sido las respuestas, al menos las soportadas en investigaciones realizadas técnicamente; esta escasez de respuestas se debe en parte a que el tiempo transcurrido no es lo suficientemente largo para detectar cambios relevantes, pero también se debe a una importante escasez de datos que permitan documentar sólidamente un argumento a favor o en contra de los cambios esperados. En cuanto a los escasos análisis realizados a los datos existentes, éstos no han arrojado respuestas satisfactorias a los interrogantes planteados, lo que se explica en parte porque que no existe un sistema de monitoreo que haya establecido una línea de base y que permita hacer seguimiento a los indicadores claves; adicionalmente, la escasa información existente está dispersa, y no estandarizada, lo que no permite hacer comparaciones más exactas.</p> <p><b>Equidad en el financiamiento</b> Un sistema de salud se considera equitativo en el financiamiento en cuanto los individuos (o mejor, los hogares) contribuyen a financiarlo de acuerdo a su capacidad de pago, y sin importar su estatus de salud o sus riesgos no elegidos libremente; esta faceta de la equidad se refiere pues a la forma como se recolectan los fondos necesarios para sufragar el gasto en salud de un país.</p> <p><b>Equidad en la prestación de servicios de salud</b> Un sistema de salud se considera equitativo en la prestación de servicios, cuando los Individuos reciben atención en salud de acuerdo a su necesidad, sin importar su capacidad de pago. Esta definición obliga a buscar una mayor precisión en el concepto de necesidad, pues de lo contrario no sería posible saber cuándo un sistema es o no equitativo en la prestación de servicios.</p> <p><b>Obstáculos para lograr mayor equidad en el financiamiento y prestación de servicios</b></p> <p><b>La evasión en la afiliación al Régimen Contributivo y en el pago de aportes</b></p> <p>a) En el sector formal no es infrecuente que para reducir los costos de la mano de obra los patronos no afilian a sus empleados al Régimen Contributivo, incurriendo en una clara violación a la ley, y obligando a estos empleados a ser free-riders; algunos empleados, por su parte, que son contratados por figuras contractuales tendientes a eludir las responsabilidades del empleador, deciden no pagar sus contribuciones a la seguridad social, también</p>

	<p>incurriendo en violación a la ley y en comportamiento de free-rider. Entre los que efectivamente se afilian, o son afiliados por sus empleadores, también ocurre que en muchos casos se subdeclaran los ingresos y se paga menos de lo que corresponde.</p> <p>b) En el sector informal de la economía, que representan mas de la mitad del empleo en Colombia (DNP, 2000), los trabajadores que tienen alguna capacidad de pago también evaden la afiliación o pagan menos de lo que les corresponde; esto se debe a tres razones fundamentales, que operan como incentivos hacia el free-riding: a) por no tener patrono les corresponde pagar la totalidad del aporte (el 12% de los ingresos, que no pueden ser inferiores a dos salarios mínimos), lo que les resulta sumamente oneroso; b) la imposibilidad del Estado para ejercer acciones disuasivas o coercitivas para obligarlos a pagar, no solo por carecer de infraestructura para la fiscalización, sino por los altos costos que representarían las acciones fiscalizadoras en una población tan dispersa; esto pone en evidencia que una de las premisas de la reforma (la capacidad del Estado de controlar y vigilar), es bastante cuestionable; c) los frecuentes fallos de la Corte Constitucional que obligan a los aseguradores del Régimen Contributivo a cubrir la atención en salud sin el cumplimiento de los períodos mínimos de cotización, o la afiliación de personas al Régimen Subsidiado por razones de enfermedad; este es, en esencia, el más poderoso incentivo hacia el comportamiento de free-riding. (Documento 39)</p>
--	--

## REGIMEN SUBSIDIADO

### I. NORMATIVIDAD

#### Constitución Política de la República de Colombia

##### A. Vigente

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
6 de julio de 1991.	<p><b>Artículo 48.</b> La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.</p> <p>Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.</p> <p>El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la</p>

	<p>cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.</p> <p>La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.</p> <p>No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.</p> <p>La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.</p> <p><b>Artículo 49.</b> La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p>Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.</p> <p>Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</p> <p>La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.</p> <p>Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.</p> <p><b>Artículo 50.</b> Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia. (Documento 1)</p>
--	---

## 1. PRINCIPIOS GENERALES

### a. Ley Principios

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 del	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan

23 de  
diciembre  
de 1993

## **otras disposiciones**

**Artículo 2. Principios.** El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación:

a. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;

b. Universalidad. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;

c. Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

d. Integralidad. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley;

e. Unidad. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

f. Participación. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

**Parágrafo.** La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida.

**Artículo 3. Del derecho a la seguridad social.** El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Este servicio será prestado por el Sistema de Seguridad Social Integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente ley.

**Artículo 4. Del servicio público de seguridad social.** La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control esta a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con respecto al Sistema General de Pensiones es esencial sólo en aquellas actividades directamente vinculadas con el

	<p>reconocimiento y pago de las pensiones.</p> <p><b>Artículo 211. Definición.</b> El régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley.</p> <p><b>Artículo 212. Creación del régimen.</b> Crease el régimen subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990.</p> <p><b>Artículo 213. Beneficiarios del régimen.</b> Será beneficiaria del régimen subsidiado toda la población pobre y vulnerable, en los términos del artículo 157 de la presente ley.</p> <p>El Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá los criterios generales que deben ser aplicados por las entidades territoriales para definir los beneficiarios del Sistema, según las normas del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.</p> <p>Las personas que cumplan con los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiarios del régimen de subsidios se inscribirán ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El Gobierno Nacional, bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá un régimen de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará la proporción del subsidio de que trata el inciso anterior para aquellos casos particulares en los cuales los artistas y deportistas merezcan un reconocimiento especial. (Documento 2)</p>
Ley 715 del 21 de diciembre de 2001	<p><b>Artículo 1. Naturaleza del Sistema General de Participaciones.</b> El Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en la presente ley.</p>

**Artículo 2. Base de cálculo.** Los valores que sirven de base para establecer el Sistema General de Participaciones en 2002 corresponderán a los señalados en el párrafo 1° del artículo 357 de la Constitución Política, sin que en ningún caso el monto sea inferior a diez punto novecientos sesenta y dos (10.962) billones de pesos de 2001, y su crecimiento será el señalado en el mismo artículo.

**Parágrafo 1.** No formarán parte del Sistema General de Participaciones los recursos del Fondo Nacional de Regalías, y los definidos por el artículo 19 de la Ley 6 de 1992 como exclusivos de la Nación en virtud de las autorizaciones otorgadas al Congreso por una única vez en el artículo 43 transitorio de la Constitución Política.

Jurisprudencia exequible sentencia C-617-02

**Parágrafo 2.** Del total de recursos que conforman el Sistema General de Participaciones, previamente se deducirá cada año un monto equivalente al 4 % de dichos recursos. Dicha deducción se distribuirá así: 0.52 % para los resguardos indígenas que se distribuirán y administrará de acuerdo a la presente Ley, el 0.08% para distribuirlos entre los municipios cuyos territorios limiten con el Río Grande de la Magdalena en proporción a la ribera de cada municipio, según la certificación del Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 0.5% a los distritos y municipios para programas de alimentación escolar de conformidad con el artículo 76.17. de la presente Ley; y 2.9% al Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales -FONPET- creado por la Ley 549 de 1999 con el fin de cubrir los pasivos pensionales de salud, educación y otros sectores.

Estos recursos serán descontados directamente por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en la liquidación anual, antes de la distribución del Sistema General de Participaciones.

La distribución de los recursos para alimentación escolar será realizada de conformidad con el reglamento que expida el Gobierno Nacional, y los del FONPET por su administración.

Concordancia Dto. 0159/02 Art.1 , 5

Directiva Ministerial 013 de 2002

### **Artículo 3. Conformación del Sistema General de Participaciones.**

El Sistema General de Participaciones estará conformado así:

3.1. Una participación con destinación específica para el sector educativo, que se denominará participación para educación.

3.2. Una participación con destinación específica para el sector salud, que se denominará participación para salud.

3.3. Una participación de propósito general que incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico, que se denominará participación para propósito general.

	<p>Concordancia Dto. 0159/02 Art.1</p> <p><b>Artículo 4. Distribución Sectorial de los Recursos.</b> El monto total del Sistema General de Participaciones, una vez descontados los recursos a que se refiere el párrafo 2o. del artículo 2o, se distribuirá las participaciones mencionadas en el artículo anterior así: la participación para el sector educativo corresponderá al 58.5 %, la participación para el sector salud corresponderá al 24.5 %, la participación de propósito general corresponderá al 17.0 %.</p> <p>Concordancia Dto. 0159/02 Art.1 (Documento 3)</p>
<p>Ley 361 del 7 de febrero de 1997</p>	<p><b>Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.</b></p> <p><b>Artículo 19. Los limitados de escasos recursos serán beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social establecido en la Ley 100 de 1993.</b></p> <p>Para los efectos de este artículo y con el fin de ampliar la oferta de servicios a la población con limitación beneficiaria de dicho régimen, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud establecido en la Ley 100 de 1993, deberá incluir en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, los servicios de tratamiento y rehabilitación de la población con limitación, lo cual deberá ser plasmado en un decreto expedido por el Ministerio de Salud.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinarán los beneficios a los que tendrán acceso los limitados de escasos recursos no afiliados al Régimen de Seguridad Social en Salud establecido en la Ley 100 de 1993, hasta el año 2001, fecha en que la cobertura será universal.</p> <p><b>Artículo 29.</b> Las personas con limitación que con base en certificación médica autorizada, no pueda gozar de un empleo competitivo y por lo tanto no puedan producir ingresos al menos equivalentes al salario mínimo legal vigente, tendrán derecho a ser beneficiario del Régimen Subsidiado de Seguridad Social, establecido en la ley 100 de 1993. (Documento 4)</p>

**b. Decretos**  
**Principios Generales**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto	<b>Artículo 1º. Objetivo.</b> El presente Decreto reglamenta los principios de

<p>1920 del 5 de agosto de 1994</p>	<p>subsidiariedad, complementariedad y concurrencia rectores del servicio público de la seguridad social en salud, con el objetivo de establecer pautas generales que permitan viabilizar la estructura organizacional y el funcionamiento armónico de los niveles territoriales del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Artículo 9o. Integración de entidades territoriales.</b> Con el fin de garantizar el acceso a la red de servicios de salud existente, así como la readecuación institucional que requieren los Sistemas Seccional y Local en Salud, para el cumplimiento de los objetivos de la Seguridad Social en Salud y el proceso de descentralización, los departamentos, distritos y municipios, deberán concurrir en el ejercicio de sus competencias, mediante la firma de convenios o contratos o la constitución de las asociaciones a que se refiere el presente Decreto.</p>
<p>Decreto 2357 del 29 de diciembre de 1995</p>	<p><b>Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud</b></p> <p><b>Artículo 1o.- Objeto.</b> El presente Decreto reglamenta la organización del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en salud, en especial aquellos aspectos relacionados con las entidades autorizadas para la administración de subsidios de salud.</p> <p><b>Artículo 2o.- Régimen Subsidiado.</b> De conformidad con lo establecido en la ley 100, el régimen subsidiado es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y de su núcleo familiar al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago total o parcial de una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad.</p> <p><b>Artículo 3o.- Dirección del régimen subsidiado a nivel nacional.</b> La dirección, control y vigilancia del régimen subsidiado del Sistema General de seguridad Social en Salud, corresponde a la Nación, quien la ejercerá a través del Ministerio de Salud. La Superintendencia nacional de Salud y el Consejo Nacional de (Documento 9)</p>

**c. Acuerdos  
Funcionamiento**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Acuerdo 244 del 31 de enero de 2003</p>	<p><b>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.</b></p> <p><b>Artículo 1. Objeto.</b> El presente acuerdo define la forma y condiciones de</p>

	operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, determina los criterios para identificar, seleccionar y priorizar a los potenciales beneficiarios de los subsidios, el procedimiento de afiliación de beneficiarios, la operación regional de las Administradoras de Régimen Subsidiado y el proceso de contratación del aseguramiento. (Documento 13)
--	---

## 1.1 Afiliación

### a. Leyes

#### Sobre afiliación

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 del 123 de diciembre de 1993	<p><b>Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones</b></p> <p><b>Artículo 157. Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b> A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados....</p> <p><b>Artículo 158. Beneficios para desmovilizados.</b> Los colombianos que, acogiéndose a procesos de paz, se hayan desmovilizado, o lo hagan en el futuro, tendrán derecho a los beneficios del régimen subsidiado en salud contenido en la presente Ley, mientras no se afilien al régimen contributivo en virtud de relación de contrato de trabajo.</p> <p><b>Artículo 159. Garantías de los afiliados.</b> Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:...</p> <p><b>Artículo 160. Deberes de los Afiliados y Beneficiarios.</b> Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:...</p> <p>(Documento 2)</p>

### b. Acuerdos

#### Afiliación

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Acuerdo 244 de	<b>Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en</b>

enero 31  
de 2003

## **Salud y se dictan otras disposiciones.**

**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 y, en los casos de excepción, de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

**Artículo 11. Procedimiento de afiliación.** El procedimiento y características para a afiliación será el siguiente: (...)

**Artículo 12. Inicio de la afiliación.** El proceso se iniciará con la firma del Formulario Único Nacional de Afiliación y Traslado por parte del cabeza del núcleo familiar o el acudiente o responsable en el caso de los menores de edad e inimputables. Este proceso se perfeccionará con la radicación del formulario por parte del afiliado y la entrega del carné definitivo por la Administradora del Régimen Subsidiado, en los períodos establecidos en los numerales 4 y 5 del artículo anterior. Para todos los efectos legales dicha afiliación adquiere vigencia a partir del primer día del nuevo período de contratación o de la adición respectiva...

**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 15. Afiliación de recién nacidos.** Todo recién nacido, hijo de afiliado al régimen subsidiado, automáticamente quedará afiliado a la ARS 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 (...)

**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 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. ..

**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 multiafiliación. 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 multiafiliación 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.

El Ministerio de la Protección Social definirá el mecanismo para la notificación al afiliado y la depuración de la multiafiliación en estos casos.

Parágrafo. Cuando la ARS no efectúe la devolución de las UPC-S en el caso en que se detecte múltiple afiliación en la misma ARS, dentro de un plazo no mayor a diez (10) días calendario contados a partir de la notificación correspondiente, la Entidad Territorial descontará este valor de los pagos futuros.

Artículo 32. Responsabilidades en las situaciones de múltiple afiliación. El Ministerio de la Protección Social, las entidades territoriales, las administradoras del Régimen Subsidiado y los usuarios serán responsables por la inobservancia de los procedimientos previstos en el presente acuerdo, cuando den como resultado situaciones de multiafiliación. (...)

**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 53. Procedimiento para la afiliación en circunstancias excepcionales.** Se garantizará la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado, en los siguientes casos:

- Revocatoria de la autorización para la operación o funcionamiento
- Disolución y Liquidación
- Terminación unilateral de los contratos
- Declaratoria de caducidad del contrato de aseguramiento
- Nulidad de los contratos de aseguramiento.
- Retiro por incumplimiento de participación mínima en el mercado dentro de un municipio.
- No suscripción o renovación del contrato de aseguramiento por aplicación del artículo 36 del Decreto 050 de 2003. (...)

**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 90% del presupuesto proyectado para cada año, y el valor de la UPC-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 realizarán un análisis de sostenibilidad financiera para garantizar la continuidad de la afiliación de esta población por tres años.

**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.

El Fondo o el mecanismo alternativo que defina el gremio girará el 20% de la UPC subsidiada a las ARS correspondientes como mínimo un bimestre anticipado, so pena de perder la afiliación y el subsidio correspondiente.

*(Documento 13)*

### c. Decretos

## Contratación

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto 050 de enero 13 de 2003	<p><b>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.</b></p> <p><b>Artículo 41. Contratos de capitación y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social.</b> 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.</p> <p>Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme al Decreto 2309 de 2002 y demás normas vigentes. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros.</p> <p>Se considera práctica insegura, la contratación que realice una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) o una Entidad Promotora de Salud (EPS) con una institución o persona natural o jurídica para que ésta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios.</p> <p>Será solidariamente responsable la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) y la Entidad Promotora de Salud (EPS) de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto.</p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> Las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que realicen contratos de capitación deberán requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio de Salud, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias. En todo caso, deberán requerirla con la misma periodicidad con la que procesa su información cuando contrata por servicio prestado. Las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) se abstendrán de celebrar o renovar contratos con las entidades que no cumplan lo previsto en materia de información.</p> <p><b>Artículo 43. Contratación de la prestación de servicios en el Régimen Subsidiado.</b> 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 (ARS). Para estos efectos, no se contabilizará el porcentaje de promoción y prevención cuya ejecución estará a cargo de las entidades territoriales.</p>

	(Documento 6)
--	---------------

## 1.2. Contratación

### a. Acuerdos

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Acuerdo 244 de 31 de enero de 2003</p>	<p><b>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.</b></p> <p><b>Artículo 45. Contratos de aseguramiento.</b> 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. El período de contratación será de un (1) año, comprendido entre el primero (1°) de abril y el treinta y uno (31) de marzo, el cual será prorrogable anualmente hasta por dos (2) años más, previo el trámite presupuestal pertinente. (...)</p> <p><b>Artículo 46. Obligatoriedad de la Administradora de Régimen Subsidiado de suscribir contratos cuando los beneficiarios la hayan seleccionado.</b> 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.</p> <p><b>Artículo 47. Seguimiento de contratos del Régimen Subsidiado.</b> Las administradoras del Régimen Subsidiado deberán responder por el aseguramiento en salud de la población afiliada a partir del inicio del período contractual. En consecuencia los pagos se causarán desde esa fecha conforme al número de afiliados carnetizados salvo los casos especiales previstos en el presente acuerdo. (...)</p> <p><b>Artículo 49. Interventoría y supervisión de contratos.</b> En desarrollo de las competencias previstas en las Leyes 100 de 1993 y 715 de 2001, las entidades territoriales deberán realizar el seguimiento y control del cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo de las Administradoras de Régimen Subsidiado, según los parámetros definidos de manera conjunta entre el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. (...)</p> <p><b>Artículo 51. Prohibición de cesión voluntaria de contratos de aseguramiento.</b> En el Régimen Subsidiado no podrá presentarse en ningún caso la cesión voluntaria de contratos de aseguramiento.</p>

**Artículo 57. Obligatoriedad de contratación en ampliación de coberturas.**

Si se presenta ampliación de cobertura y las ARS habilitadas son seleccionadas por los beneficiarios, estarán obligadas a suscribir los contratos de aseguramiento siempre y cuando cumpla con los mínimos de población establecidos en el artículo 39 del presente acuerdo.

Cuando se trate de ampliaciones con recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, las Cajas de Compensación Familiar informarán a las entidades territoriales sobre el número máximo de beneficiarios a los que podrá afiliar con tales recursos.

**Artículo 58. Períodos de contratación.** Los períodos de contratación del Régimen Subsidiado se sujetarán al siguiente régimen de transición:

1. El período de contratación que inicia el primero de abril de 2003, se celebrará por un término de seis meses que vence el 30 de septiembre de 2003 y se regirá por las condiciones de operación del presente acuerdo. Para este período de contratación, las ARS que no cumplan con el margen de solvencia a 31 de diciembre de 2002 previsto en el Decreto 882 de 1998 o incurran en la situación prevista en el artículo 36 del Decreto 050 de 2003, no podrán suscribir contratos de aseguramiento.

2. Si a treinta (30) de septiembre de 2003, los actos administrativos de la Superintendencia Nacional de Salud, que decidan sobre la habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado no se encuentran en firme, los contratos de aseguramiento suscritos el primero de abril de 2003, se entenderán prorrogados de manera automática por seis meses más, con las condiciones pactadas inicialmente, incluyendo los recursos de financiamiento, previo el trámite presupuestal correspondiente.

3. Si a treinta (30) de septiembre de 2003, los actos administrativos de la Superintendencia Nacional de Salud, que decidan sobre la habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado se encuentran en firme, se suscribirán nuevos contratos de aseguramiento, previo el trámite presupuestal correspondiente, por seis meses, con las ARS autorizadas, habilitadas y seleccionadas, aplicando plenamente las disposiciones del presente acuerdo.

4. A partir de la contratación del primero de abril del año 2004 el término de la contratación será de un año y se prorrogará en los términos previstos en el presente acuerdo y el término de afiliación será de tres años.

5. Para los contratos suscritos el primero de abril de 2003 se aplicarán las reglas de carnetización previstas en el Acuerdo 192 del CNSSS.

6. Para efectos de la liquidación de los contratos suscritos con anterioridad al primero de abril de 2003, se aplicarán las normas vigentes a la fecha de suscripción de los respectivos contratos

**Artículo 62. Criterios auxiliares para la liquidación de contratos.** Para los contratos que no hayan sido liquidados a la fecha de entrada en vigencia del

	<p>presente Acuerdo, así como para los que terminan el 31 de marzo de 2003, las partes contratantes podrán aplicar los siguientes criterios auxiliares, en relación con las personas que hayan sido detectadas con afiliación múltiple y no sea atribuible la responsabilidad a la ARS. (...)</p> <p><b>Artículo 68. Contratación de población rural migratoria.</b> Los contratos para garantizar la afiliación de la población rural migratoria, se suscribirán entre la ARS y el municipio que sea definido por el Gremio respectivo. Las Administradoras de Régimen Subsidiado contratadas garantizarán que la cobertura de su red de servicios atienda el patrón migratorio de esta población (Documento13)</p>
--	--

### 1.3. Beneficiarios

#### a. Leyes

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 de diciembre 23 de 1993	<p><b>Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones</b></p> <p><b>Artículo 158. Beneficios para desmovilizados.</b> Los colombianos que, acogiéndose a procesos de paz, se hayan desmovilizado, o lo hagan en el futuro, tendrán derecho a los beneficios del régimen subsidiado en salud contenido en la presente Ley, mientras no se afilien al régimen contributivo en virtud de relación de contrato de trabajo.</p> <p><b>Artículo 213. Beneficiarios del Régimen.</b> Será beneficiaria del Régimen Subsidiado toda la población pobre y vulnerable, en los términos del artículo 157 de la presente Ley.</p> <p>El Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá los criterios generales que deben ser aplicados por las entidades territoriales para definir los beneficiarios del Sistema, según las normas del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.</p> <p>Las personas que cumplan con los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiados del régimen de subsidios se inscribirán ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El Gobierno Nacional, bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá un régimen de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se</p>

	<p>establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará la proporción del subsidio de que trata el inciso anterior para aquellos casos particulares en los cuales los artistas y deportistas merezcan un reconocimiento especial. (Documento 2)</p>
Ley 361 de febrero 7 de 1997	<p><b>Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.</b></p> <p><b>Artículo 19. Los limitados de escasos recursos serán beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social establecido en la Ley 100 de 1993.</b></p> <p>Para los efectos de este artículo y con el fin de ampliar la oferta de servicios a la población con limitación beneficiaria de dicho régimen, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud establecido en la Ley 100 de 1993, deberá incluir en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, los servicios de tratamiento y rehabilitación de la población con limitación, lo cual deberá ser plasmado en un decreto expedido por el Ministerio de Salud.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinarán los beneficios a los que tendrán acceso los limitados de escasos recursos no afiliados al Régimen de Seguridad Social en Salud establecido en la Ley 100 de 1993, hasta el año 2001, fecha en que la cobertura será universal.</p> <p><b>Artículo 29. Las personas con limitación</b> que con base en certificación médica autorizada, no pueda gozar de un empleo competitivo y por lo tanto no puedan producir ingresos al menos equivalentes al salario mínimo legal vigente, tendrán derecho a ser beneficiario del Régimen Subsidiado de Seguridad Social, establecido en la ley 100 de 1993. (Documento 5)</p>

**b. Acuerdos  
Beneficiarios**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Acuerdo 244 de 31 de enero de 2003	<p><b>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</b></p> <p><b>Artículo 2°. Potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado.</b> Son potenciales beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y</p>

vulnerable, sin capacidad de pago. En consecuencia podría recibir subsidio total o parcial, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el presente acuerdo.

**Artículo 3°. Identificación de potenciales beneficiarios.** La identificación de los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado, por regla general, se hará en todos los municipios del país mediante la aplicación de la encuesta Sisbén o el instrumento que haga sus veces. Igualmente, y de acuerdo con lo establecido en el presente acuerdo para poblaciones especiales, se utilizarán los listados censales o los mecanismos de identificación estipulados por la normatividad vigente.

**Parágrafo.** No podrán ser beneficiarias de los subsidios en salud del régimen subsidiado las personas que tengan vínculo laboral vigente, o quienes perciban ingresos o renta suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo, quienes estén pensionados, o quienes como beneficiarios de otra persona estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a cualquiera de los regímenes de excepción establecidos en la normatividad 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:

1. Población infantil abandonada. El listado censal de potenciales beneficiarios será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
2. Población indigente. El listado censal de potenciales beneficiarios será elaborado por la respectiva alcaldía municipal.
3. Población en condiciones de desplazamiento forzado. Su identificación se efectuará a través del Sistema Único de Registro de la Red de Solidaridad Social o la entidad que haga sus veces.
4. Comunidades Indígenas. La identificación de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta Sisbén.
5. Población desmovilizada. La población desmovilizada y sus núcleos familiares a cargo de la Secretaría Especial para la Reinserción del Ministerio del Interior, o la entidad que haga sus veces, se identificará mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por esta Secretaría. Los procedimientos para su identificación y afiliación será el que se encuentra definido en el Acuerdo 138 del CNSSS.
6. Núcleos familiares de las madres comunitarias. Los miembros del núcleo familiar de las madres comunitarias del ICBF se identificarán mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por el ICBF.
7. Personas de la tercera edad en protección de ancianatos. Las personas de la tercera edad de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en ancianatos, se identificarán mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por la Entidad Territorial.
8. Población rural migratoria. El listado de potenciales beneficiarios será elaborado por los gremios agrícolas o las organizaciones de usuarios campesinas correspondiente.

**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 y, en los casos de excepción, de acuerdo con lo establecido en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002 del Ministerio de Salud y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

**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. Para el registro individual de cada uno de ellos en las bases de datos la entidad territorial asignará el código del Departamento, código del Municipio más el indicador de población y más un consecutivo por municipio y en los municipios donde exista más de una comunidad indígena se agregará una letra que identifique el resguardo, parcialidad o cabildo al que pertenezca la población. (...)

**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:

1. Recién nacidos.
2. La población del área rural.
3. Población indígena.
4. Población del área urbana.

En cada uno de los grupos de población, descritos en los numerales 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 con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisbén
4. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal.
5. Población de la tercera edad.
6. Población en condición de desplazamiento forzado.
7. Núcleos familiares de las madres comunitarias
8. Desmovilizados

**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

	<p>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.</p> <p><b>Parágrafo 3°.</b> 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. (Documento 13)</p>
--	--

#### 1.4. Sisbenización y Carnetización

##### a. Acuerdos

##### Sisbenización y carnetización

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Acuerdo 244 de enero 31 de 2003</p>	<p><b>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.</b></p> <p><b>Artículo 4°. Identificación de potenciales beneficiarios mediante instrumentos diferentes de la encuesta Sisbén.</b> La identificación de las siguientes poblaciones se realizará sin aplicación de la encuesta Sisbén:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Población infantil abandonada. El listado censal de potenciales beneficiarios será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).</li> <li>2. Población indigente. El listado censal de potenciales beneficiarios será elaborado por la respectiva alcaldía municipal.</li> <li>3. Población en condiciones de desplazamiento forzado. Su identificación se efectuará a través del Sistema Único de Registro de la Red de Solidaridad Social o la entidad que haga sus veces.</li> <li>4. Comunidades Indígenas. La identificación de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta Sisbén.</li> <li>5. Población desmovilizada. La población desmovilizada y sus núcleos familiares a cargo de la Secretaría Especial para la Reinserción del Ministerio del Interior, o la entidad que haga sus veces, se identificará mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por esta Secretaría. Los procedimientos para su identificación y afiliación será el que se encuentra definido en el Acuerdo 138 del CNSSS.</li> <li>6. Núcleos familiares de las madres comunitarias. Los miembros del núcleo familiar de las madres comunitarias del ICBF se identificarán mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por el ICBF.</li> <li>7. Personas de la tercera edad en protección de ancianatos. Las personas de la tercera edad de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en ancianatos, se identificarán mediante listado de potenciales</li> </ol>

beneficiarios elaborado por la Entidad Territorial.

8. Población rural migratoria. El listado de potenciales beneficiarios será elaborado por los gremios agrícolas o las organizaciones de usuarios campesinas 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:

1. Recién nacidos.
2. La población del área rural.
3. Población indígena.
4. Población del área urbana.

En cada uno de los grupos de población, descritos en los numerales 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 con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisbén
4. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal.
5. Población de la tercera edad.
6. Población en condición de desplazamiento forzado.
7. Núcleos familiares de las madres comunitarias
8. Desmovilizados

**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. (...)

**Artículo 61. Aplicación de nueva encuesta Sisbén.** A partir de la vigencia del presente acuerdo y hasta el 31 de marzo del año 2004, la población afiliada al Régimen Subsidiado, que por efecto de la aplicación de la nueva encuesta Sisbén, modifique su clasificación, mantendrá su condición de afiliado siempre que se trate de Mujeres en estado de embarazo o período de

	<p>lactancia y niños menores de 1 año con su grupo familiar. Para los demás afiliados se aplicará la sustitución de subsidios, una vez conocido el resultado de la nueva encuesta Sisbén.</p> <p><b>Artículo 18. Carnetización.</b> 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. El carné tendrá una vigencia indefinida mientras permanezca con la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado y caducará en el momento en que se pierda la condición de afiliado al Régimen Subsidiado.</p> <p>El carné que deban expedir las Administradoras del Régimen Subsidiado, se sujetará a las especificaciones establecidas por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. (Documento 13)</p>
--	--

## 2. ORGANIZACIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO

### a. Ley Organización

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 de diciembre 23 de 1993	<p><b>Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.</b></p> <p><b>Artículo 170. Dirección del Sistema.</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud esta bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Gobierno Nacional y del Ministerio de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del Gobierno en la lucha contra las enfermedades y en el mantenimiento y educación, información y fomento de la salud y la salud de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993.</p> <p>Artículo. 171. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, adscrito al Ministerio de Salud, como organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, conformado por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Ministro de Salud, quien lo presidirá.</li> <li>2. El Ministro de Trabajo y Seguridad Social, o su delegado.</li> <li>3. El Ministro de Hacienda y Crédito Público, o su delegado.</li> </ol>

4. Sendos representantes de las entidades departamentales y municipales de salud.
5. Dos (2) representantes de los empleadores, uno de los cuales representará la pequeña y mediana empresa y otras formas asociativas.
6. Dos (2) representantes por los trabajadores, uno de los cuales representará a los pensionados.
7. El representante legal del Instituto de Seguros Sociales.
8. Un (1) representante por las Entidades Promotoras de Salud, diferentes del Instituto de Seguros Sociales.
9. Un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
10. Un (1) representante de los profesionales del área de la salud, de la asociación mayoritaria.
11. Un (1) representante de las asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural.

**Artículo 201 Conformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** En el Sistema General de Seguridad Social en Salud coexisten articuladamente, para su financiamiento y administración, un régimen contributivo de salud y un régimen de subsidios en salud, con vinculaciones mediante el Fondo de Solidaridad y Garantías

**Artículo 212. Creación del Régimen. Créase el Régimen Subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar.** La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990.

**Artículo 215. Administración del Régimen Subsidiado.** 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. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.

Las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el Plan de Salud Obligatorio.

**Artículo 216. Reglas Básicas para la Administración del Régimen de Subsidios en Salud.**

1. La Dirección Seccional o local de Salud contratará preferencialmente la administración de los recursos del subsidio con Empresas Promotoras de Salud de carácter comunitario tales como las Empresas Solidarias de Salud.
2. Cuando la contratación se haga con una entidad que no sea propiedad de los usuarios como las Empresas Solidarias de Salud, la contratación entre las direcciones seccionales o locales de salud con las Entidades Promotoras de Salud se realizará mediante concurso y se regirá por el régimen privado,

	<p>pudiendo contener cláusulas exorbitantes propias del régimen de derecho público.</p> <p>3. Un representante de los beneficiarios del régimen subsidiado participara como miembro de las juntas de licitaciones y adquisiciones o del órgano que hace sus veces, en la sesión que defina la Entidad Promotora de Salud con quien la dirección seccional o local de salud hará el contrato. El Gobierno Nacional reglamentará la materia especialmente lo relativo a los procedimientos de selección de los representantes de los beneficiarios.</p> <p>4. Si se declara la caducidad de algún contrato con las Entidades Promotoras de Salud que incumplan las condiciones de calidad y cobertura, la entidad territorial asumirá la prestación del servicio mientras se selecciona una nueva Entidad Promotora.</p> <p>5. Los beneficiarios del sistema subsidiado contribuirán a la financiación parcial de la organización y prestación de servicios de salud, según su condición socioeconómica, conforme a la reglamentación que expida el Consejo de Seguridad Social en Salud.</p> <p>6. Las Direcciones locales de Salud, entre si o con las direcciones seccionales de salud podrán asociarse para la contratación de los servicios de una Entidad Promotora de Salud.</p> <p>7. Las Entidades Promotoras de Salud que afilien beneficiarios del régimen subsidiado recibirán de los fondos seccionales, distritales y locales de salud, de la cuenta especial de que trata el parágrafo del artículo 214, por cada uno de los afiliados hasta el valor de la unidad de pago por capitación correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 213 de la presente Ley. Durante el período de transición el valor de la unidad de pago por capitación será aquel correspondiente al plan de salud obligatorio de que trata el parágrafo 2 del artículo 162 de la presente Ley.</p> <p><b>Artículo 217. De las participación de las Cajas de Compensación Familiar.</b> Las Cajas de Compensación Familiar destinarán el 5 % de los recaudos del subsidio familiar que administran, para financiar el régimen de subsidios en salud, salvo aquellas cajas que obtengan un cuociente superior al 100 % del recaudo del subsidio familiar del respectivo año, las cuales tendrán que destinar un 10 %. La aplicación de este cuociente, para todos sus efectos, se hará de acuerdo con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 49 de 1990 y a partir del 15 de febrero de cada año.</p> <p>Las Cajas de Compensación Familiar podrán administrar directamente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto, los recursos del régimen subsidiado de que trata el presente artículo. La Caja que administre directamente estos recursos constituirá una cuenta independiente del resto de sus rentas y bienes. Las Cajas de Compensación Familiar que no cumplan los requisitos definidos en la reglamentación, deberán girar los recursos del subsidio a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía. (Documento 2)</p>
--	---

**b. Acuerdos**  
**Organización régimen subsidiado**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Acuerdo 244 de enero 31 de 2003</p>	<p><b>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</b></p> <p><b>Artículo 35. Definición de Regiones para Aseguramiento.</b> Para efectos de la operación regional del Régimen Subsidiado el Ministerio de la Protección Social, definirá regiones de aseguramiento en el territorio nacional las cuales deberán permitir la eficiencia en la administración de los recursos y el manejo adecuado del riesgo en salud por parte de las Administradoras del Régimen Subsidiado, propiciando economías de escala, articulando y adecuando la oferta de prestadores con la demanda de servicios de los afiliados.</p> <p><b>Artículo 36. Manejo del Riesgo en Salud.</b> Las ARS que sean seleccionadas por la entidad territorial, deberán desarrollar un esquema de operación de manejo del riesgo en salud, con el fin de garantizar su sostenibilidad en el Sistema y mejorar y mantener las condiciones de salud de su población afiliada. Los indicadores que reflejen la calidad de la atención en salud de la población afiliada serán considerados como un elemento diferencial de la ARS incidiendo en su calificación de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Los recursos por UPC-S que perciban las administradoras de Régimen Subsidiado correspondiente a una región determinada, serán aplicados para garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiada de la totalidad de los afiliados de esta ARS, sin perjuicio del cumplimiento de lo establecido en el artículo 51 de la Ley 715 de 2001.</p> <p><b>Artículo 37. Criterios para la definición de las regiones de aseguramiento.</b> El Ministerio de la Protección Social definirá las regiones de aseguramiento teniendo en cuenta la población y su grado de dispersión en los municipios de la región, la disponibilidad de prestadores y aseguradores, considerando variables de comunicación, infraestructura de servicios y su articulación con ciudades de referencia regional.</p> <p>La definición de las regiones de aseguramiento se hará dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acuerdo y deberá informarse al Consejo Nacional de Seguridad Social en forma posterior a su definición.</p> <p><b>Artículo 38. Operadores regionales del Régimen Subsidiado.</b> De acuerdo con la población afiliada al Régimen Subsidiado y las poblaciones potencialmente beneficiarias de los subsidios para cada región, el Ministerio de la Protección Social, establecerá el número plural de administradoras del Régimen Subsidiado, exceptuando las ARSI, que pueden operar en cada una de estas. El Ministerio de la Protección Social establecerá los municipios en los que por sus condiciones particulares podrá operar una sola ARS.</p> <p>Para que una administradora del Régimen Subsidiado, pueda operar en una o</p>

varias regiones de aseguramiento, deberá ser habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con la reglamentación del Sistema Único de Habilitación para ARS y EPS.

**Artículo 39. Selección de ARS 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: (...)

**Parágrafo 1°.** Las administradoras del Régimen Subsidiado que a la expedición del presente acuerdo se encuentren autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud deberán ajustarse a la reglamentación del Sistema Único de Habilitación de conformidad con la reglamentación del Gobierno Nacional.

**Parágrafo 2°.** Si una Caja de Compensación Familiar no es seleccionada para operar en la región en la cual está autorizada para realizar la administración directa de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, deberá girarlos en la forma establecida en el artículo 16 de la Ley 789 de 2002.

**Parágrafo 3°.** En la sesión en la cual se seleccionen las ARS que van a contratar con la dirección de salud, deberá participar un representante de los beneficiarios del Régimen Subsidiado, para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 216, numeral 3, de la Ley 100 de 1993, el cual será el/los representante(s) de los usuarios ante el CTSSS de la jurisdicción territorial respectiva.

**Parágrafo 4°.** El retiro de la ARS de uno o varios municipios de la región por las causales previstas en el presente artículo, no las inhabilitan para continuar operando en la región. En los casos de retiro se aplicará el procedimiento previsto en el artículo 53 del presente acuerdo.

**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 44. Mecanismos alternativos de operación del Régimen Subsidiado.** En zonas de grave perturbación de orden público y zonas de rehabilitación, donde la entidad territorial respectiva ha seguido el proceso general descrito en el artículo 39 del presente acuerdo y como resultado de este, no exista mercado de Administradoras de Régimen Subsidiado

	<p>habilitadas en la región, a solicitud del jefe de la entidad territorial, los Consejos Departamentales de Seguridad Social o quien haga sus veces, autorizarán la aplicación de mecanismos alternativos hasta por un año, que garanticen el aseguramiento de la población objeto del subsidio a la demanda, a través de convocatoria pública a diferentes entidades públicas y privadas de manera independiente o a través de asociaciones, uniones temporales o consorcios.</p> <p>Las entidades que participen de esta convocatoria deberán cumplir los requisitos excepcionales de habilitación establecidos en la reglamentación vigente.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Las condiciones que motivaron la autorización por parte del Consejo Territorial de Seguridad Social del nivel Departamental deberán ser evaluadas anualmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social, con el propósito de determinar su prórroga o normalizar la forma de operación del Régimen Subsidiado. (Documento 13)</p>
--	--

**c. Decretos**

**Sobre las Administradoras del Régimen Subsidiado.**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Decreto 1804 del 14 de septiembre de 1999</p>	<p><b>Por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las que le confieren el artículo 189, numeral 11 de la Constitución Política y el parágrafo del artículo 215 de la Ley 100 de 1993.</b></p> <p><b>Artículo 1. Entidades habilitadas para administrar recursos del régimen subsidiado.</b> Podrán administrar los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Empresas Solidarias de Salud, ESS, las Cajas de Compensación Familiar y las Entidades Promotoras de Salud, EPS, de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los requisitos exigidos en el presente decreto y sean autorizadas previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p><b>Artículo 2. Gasto Prestación de Servicios Régimen Subsidiado.</b> Se entiende que el gasto mínimo de la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado con destino a la prestación de servicios se debe realizar dentro de la jurisdicción del ente departamental respectivo, con el cual se suscribió el contrato, sin que sea procedente el subsidio cruzado con otros entes departamentales. Esta disposición comenzará a regir a partir de la siguiente contratación.( ...)</p> <p><b>Artículo 3. Reglas para la Administración del Régimen Subsidiado.</b> Las</p>

entidades autorizadas o que pretendan operar la administración del régimen subsidiado se sujetarán a las siguientes reglas:( ....)

**Artículo 4. Obligaciones de las entidades administradoras del régimen subsidiado.** Son obligaciones de las entidades administradoras del régimen subsidiado, las siguientes, conforme las disposiciones vigentes: (...)

**Artículo 5. Requisitos para la operación del régimen subsidiado.** La Superintendencia Nacional de Salud autorizará la operación del régimen subsidiado a las entidades que reúnan los siguientes requisitos:

1. Tener personería jurídica y estar organizadas como entidades promotoras de salud o empresas solidarias de salud. Estas últimas deberán estar constituidas como cooperativas, asociaciones mutuales o asociaciones de cabildos o resguardos indígenas.
2. Tener una razón social que la identifique como EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud o ESS. (...)

**Artículo 6. Reglas para la obtención de la autorización de funcionamiento.** Para la obtención de la autorización de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas: (...).

**Artículo 7º. Autorización especial.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar de manera excepcional a entidades administradoras del régimen subsidiado, cuando sea imposible cumplir con el requisito de afiliados mínimos, siempre y cuando acredite: (...)

**Artículo 10. Restitución de recursos.** Cuando una entidad territorial realice un pago de lo no debido a una administradora del régimen subsidiado, ésta deberá dentro de los quince (15) días siguientes a que sea determinado el hecho en forma plena, restituir tales recursos a la entidad que ha efectuado el pago. Si el pago no se ha efectuado en el plazo señalado en el artículo anterior, la entidad administradora deberá informar al ente territorial, para que éste realice los descuentos de tales recursos y sus rendimientos, calculados estos últimos a tasa del mercado. La Superintendencia Nacional de Salud dará traslado a las autoridades competentes, sin perjuicio de la restitución de los recursos por parte de la ARS.

**Artículo 11. Socios o administradores de una ARS. No podrán ser socios o administradores de una ARS:**

1. Quienes hayan sido directores de empresas intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud o el Ministerio de Salud, siempre que administrativamente se les hubiere encontrado responsables por actos que han merecido sanción por dolo o culpa grave.
2. Los representantes legales o administradores de otra EPS, ARS o IPS y los socios de estas, salvo que en este último caso se trate de entidades de naturaleza cooperativa o sociedades anónimas abiertas.
3. Quienes hayan sido condenados a pena privativa de la libertad, excepto cuando se trate de delitos políticos o culposos, salvo que estos últimos hayan afectado la administración pública.
4. Los miembros de los órganos de gobierno, de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las corporaciones públicas y sus

	<p>parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, salvo cuando se trate de una entidad pública y actúen en razón de su cargo como administradores.</p> <p>5. Los directores y servidores de los organismos públicos que norman o supervisan la actividad de las empresas, el cónyuge y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.</p> <p>6. Los que, como directores o gerentes de una persona jurídica, hayan resultado administrativamente responsables durante los dos (2) años anteriores por actos que han merecido sanción.</p> <p>7. Los que se encuentren inhabilitados para ejercer el comercio.</p> <p><b>Artículo 12. Contratación con terceros para las actividades de afiliación y carnetización.</b> Los terceros con los cuales se contraten las actividades de afiliación y carnetización deberán acreditar ante la ARS correspondiente garantías suficientes, que permitan asegurar el reintegro de recursos en caso de afiliaciones fraudulentas o irregulares, como consecuencia de las cuales la administradora deba reintegrar recursos a las entidades territoriales. Los pagos por afiliaciones a los terceros únicamente se podrán realizar sobre aquellos afiliados que no hubieran sido rechazados por los entes territoriales, sin perjuicio de la irregularidad del pago en caso de que en fecha posterior se determine la afiliación fraudulenta o irregular.</p> <p>Parágrafo. Con independencia de la contratación que se pueda hacer con terceros para la ejecución de estas actividades, la responsabilidad en la afiliación y carnetización, así como el reintegro de los recursos a la entidad territorial, se mantiene en cabeza de la ARS.</p> <p><b>Artículo 13. Operaciones no autorizadas. Las ARS no podrán:</b></p> <p>1. Adquirir bienes inmuebles o realizar cualquier tipo de inversión de compra o arrendamiento financiero con cargo a los recursos correspondientes a las unidades de pago por capitación, salvo aquel porcentaje que resulte al deducir del 100% del ingreso los valores porcentuales necesarios para cancelar en forma oportuna las obligaciones con los proveedores de bienes y prestadores de servicios de salud conforme las disposiciones legales y contractuales vigentes y los recursos necesarios para el pago de sus empleados y servidores. (...)</p> <p><i>(Documento 10)</i></p>
<p>Decreto 330 de 27 de febrero de 2001</p>	<p><b>Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.</b></p> <p><b>Artículo 1º. Requisitos para la Constitución y Funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud – EPS Indígenas.</b> Para organizar y garantizar la prestación de los servicios incluidos en el POS-S, los cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas, podrán conformar Entidades Promotoras de Salud – EPS, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:</p> <p>Establecer de manera expresa en sus Estatutos que su naturaleza es la de ser una Entidad Promotora de Salud que administra recursos del Régimen</p>

subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Constituir una cuenta independiente del resto de las rentas y bienes de cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.

Estar debidamente autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, previo el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente Decreto para administrar los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado – Indígenas que existan actualmente, como las entidades promotoras de salud indígenas que en el futuro se constituyan, deberán contar para su funcionamiento, con un número mínimo de 20.000 afiliados indígenas, sin exceder de un 10% de la población afiliada no indígena, a partir del año siguiente de la vigencia del presente Decreto.

**Parágrafo.** Las Entidades Promotoras de Salud –EPS Indígenas, que administren recursos del Régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán acreditar para su funcionamiento a partir del 1º de abril del año 2003, un mínimo de 50.000 personas afiliadas.

**Artículo 2º. Objeto Social.** Las Entidades Promotoras de Salud –EPS – Indígenas, tendrán como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S. En consecuencia deberán afiliar y carnetizar a la población beneficiaria de subsidios en salud en los términos establecidos por las normas vigentes y administrar el riesgo en salud de los miembros de sus comunidades.

**Artículo 3º. Cobertura.** Con el fin de proteger la unidad étnica y cultural de los pueblos indígenas, las Entidades Promotoras de Salud –EPS- Indígenas, serán autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para operar en todo el territorio nacional, de acuerdo con lo establecido en el presente Decreto.

**Artículo 4º. Capital Social.** Las Entidades Promotoras de Salud –EPS- Indígenas a que se refiere el presente Decreto, serán autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para afiliar a beneficiarios del régimen subsidiado, con el objetivo de garantizar la prestación del POS-S, cuando acrediten mediante contador público, un capital social equivalente a 250 salarios mínimos por cada 5.000 afiliados. Este capital social podrá estar compuesto por los aportes de las comunidades, las donaciones recibidas y los excedentes que logre capitalizar.

**Parágrafo.** Los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales serán tomados por el valor en libros.

**Artículo 5. Revocatoria.** En los términos del numeral 2º del artículo 230 de la Ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar la autorización, entre otras causales, cuando la entidad no acredite dentro de los plazos que este organismo le señale:

	<p>Un número mínimo de 20.000 afiliados a la fecha de suscripción del contrato de administración de subsidios, de acuerdo con lo establecido en el literal d) del artículo 1º del presente Decreto y de 50.000 afiliados a partir del 1º de abril del año 2003.</p> <p>El margen de solvencia previsto en las disposiciones vigentes sobre la materia.</p> <p><b>Artículo 6. Transformación.</b> Las Empresas Solidarias de Salud, que se hayan conformado por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas y se encuentren autorizadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud a la fecha de expedición del presente Decreto, podrán transformarse en una Entidad Promotora de Salud –EPS – Indígena. Para tales efectos deberán dar cumplimiento a lo dispuesto por este Decreto y demás disposiciones vigentes y contar con la respectiva autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p><b>Artículo 7. Registro.</b> La Superintendencia Nacional de Salud llevará un registro independiente de las Entidades Promotoras de Salud EPS – Indígenas.</p> <p><b>Artículo 8. Sujeción a las Autoridades Indígenas.</b> Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente Decreto y en las normas vigentes sobre la materia, las EPS Indígenas atenderán las directrices y orientaciones que les impartan los Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas, en el ámbito de sus respectivas competencias, de conformidad con las normas vigentes.</p> <p><b>Artículo 9. Normas Comunes.</b> Los aspectos y situaciones que no sean reguladas por el presente Decreto, se regirán por lo dispuesto en el Decreto 2357 de 1995, en el Decreto 1804 de 1999 y en las normas que los adicionen o modifiquen. (Documento 10)</p>
Decreto 515 de febrero 20 de 2004	<p><b>Por el cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS.</b></p> <p><b>Artículo 4º.Capacidad técnico-administrativa.</b> Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:</p> <p>4.1. La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica.</p> <p>4.2. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago</p>

de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados.

4.3. El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multiafiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.

4.4. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento.

4.5. El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.

4.6. La liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado. Incumplen las condiciones técnico-administrativas de operación las ARS que por causas imputables a ellas, no hayan liquidado los contratos de administración de régimen subsidiado.

**Artículo 5º.Capacidad financiera.** Las condiciones de capacidad financiera, deberán tener en cuenta, el capital o fondo social mínimo que de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según lo establecido en las disposiciones vigentes y lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados, y la constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes para la administración de los recursos del régimen subsidiado, según el caso.

**Parágrafo.** Toda ARS que aparezca relacionada en el boletín de deudores morosos, no podrá celebrar contratos de Aseguramiento con los entes territoriales competentes, ni de prestación de servicios de salud con la red pública, hasta tanto no demuestren la cancelación de la totalidad de las obligaciones contraídas con estos, según lo dispuesto por el parágrafo 3º del artículo 4º de la Ley 716 de 2001.

**Artículo 6º.Capacidad tecnológica y científica.** Las condiciones en materia de capacidad tecnológica y científica, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

6.1. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

6.2. La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad,.

6.3. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.

6.4. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y

procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes.  
6.5. El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.  
6.6. Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

**Artículo 7º. Condiciones de capacidad técnico-administrativa.** Para su permanencia, en cada una de las áreas geográficas, respecto de las cuales estén habilitadas para operar, las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, deberán demostrar, como mínimo, las siguientes condiciones técnico-administrativas:

7.1. La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico -administrativas de operación.

7.2. La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requerida por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

7.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.

7.4 El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades administradoras del régimen subsidiado, establecidos en el presente decreto.

7.4. La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud de las entidades de que trata el presente decreto y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.

**Artículo 8º. Condiciones de capacidad financiera.** Las Entidades de que trata el presente decreto, deberán demostrar las condiciones que dieron lugar a la habilitación para operar, mediante el cumplimiento, como mínimo, de las siguientes obligaciones:

8.1. Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal y de conformidad con el Plan Único de Cuentas que esa entidad defina a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a la vigencia del presente decreto.

8.2. Acreditar el monto de capital mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

8.3. Acreditar y mantener en forma permanente, el patrimonio técnico saneado que para el efecto se señale por las autoridades competentes.

8.4. Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes y a lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados.

8.5. Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la entidad o del Sistema lo requieran.

**Artículo 9º. Condiciones de capacidad tecnológica y científica.** Las Entidades de que trata el presente decreto, deberán demostrar para su permanencia en cada una de las áreas geográficas en las cuales está habilitada para operar, como mínimo, las siguientes condiciones:

9.1. La implementación y mantenimiento de la capacidad tecnológica y científica, acreditada para efectos de su operación.

9.2. El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.

9.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.

9.4. La operación y adecuación de la red de prestadores de servicios y del sistema de referencia y contrarreferencia, acorde con el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los afiliados, que garantice la suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad.

9.5. La implementación del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

**Artículo 10. De la entidad competente para otorgar la habilitación.** La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las ARS.

**Artículo 11. Solicitud de habilitación.** Las entidades que a partir de la vigencia del presente decreto, soliciten la autorización como entidades administradoras del régimen subsidiado, además de cumplir los requisitos establecidos en las normas vigentes para la misma, deberán acreditar las condiciones de operación previstas en el presente decreto.

Una vez habilitadas, presentarán ante la Superintendencia Nacional de Salud, la información que demuestre el cumplimiento de las condiciones de permanencia, dentro de los seis (6) meses siguientes al otorgamiento de la habilitación. Vencido dicho plazo, sin que se cumplan las condiciones de permanencia, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a la revocatoria de la habilitación respectiva.

**Artículo 12. Habilitación de las entidades autorizadas.** Las Entidades que a la entrada en vigencia del presente decreto, se encuentren administrando el régimen subsidiado, tendrán un plazo máximo de seis (6) meses contados a partir del 1º de marzo de 2004, para solicitar la habilitación. Estas entidades podrán seguir operando, hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud, en un plazo no mayor de seis (6) meses, profiera el acto administrativo de habilitación.

Si vencido el término señalado, no se ha efectuado la adopción de las condiciones de habilitación, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a la revocatoria de la habilitación respectiva.

**Artículo 13. Verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación.** La Superintendencia Nacional de Salud, realizará como mínimo en forma anual el monitoreo de la entidad habilitada, para evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia previstas en el presente decreto.

En caso de verificarse deficiencias o irregularidades en el cumplimiento de tales condiciones, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas a que hubiere lugar, de acuerdo con las facultades establecidas en las disposiciones vigentes.

**Artículo 14. Operación regional de las Administradoras del Régimen Subsidiado habilitadas e inscritas.** Las entidades territoriales, según el procedimiento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, seleccionarán las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado habilitadas, teniendo en cuenta la calificación otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud. (...)

**Artículo 15. Prácticas no autorizadas.** Se consideran prácticas no autorizadas respecto de las entidades de que trata el presente decreto, las siguientes:

15.1. Ninguna administradora del régimen subsidiado o convenio de entidades o propietarios, podrá tener más del 25% de los afiliados del régimen subsidiado del orden nacional.

15.2. A las entidades de que trata el presente decreto, les están prohibidas las restricciones o alianzas de cualquier naturaleza que afecten el derecho a la libre competencia o el derecho a la libre escogencia de los afiliados.

15.3. Se encuentra prohibida cualquier forma de estipulación, acuerdo o franquicia, en virtud de la cual se ofrezcan a través de terceros, planes de beneficios que impliquen por parte de la entidad habilitada y concedente no asumir directamente la responsabilidad del riesgo en salud y del aseguramiento de la población afiliada. Quien incurra en esta práctica será responsable frente a los afiliados y los proveedores, de conformidad con las normas vigentes.

**Artículo 16. Revocatoria de la habilitación.** La Superintendencia Nacional de Salud revocará la habilitación de las administradoras de régimen subsidiado, cuando se verifique el incumplimiento de alguna o algunas de las condiciones previstas para la misma o de las que a continuación se señalan:

16.1. La provisión de servicios de salud a través de prestadores de servicios, que de acuerdo con el pronunciamiento de la dirección departamental o distrital de salud incumplan con las condiciones de habilitación.

16.2. La realización de operaciones que deriven en desviación de recursos de la seguridad social.

16.3. La realización de operaciones directas o indirectas con vinculados económicos o la celebración de contratos de mutuo, créditos, otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros.

16.4. La utilización de intermediarios para la organización y administración de la red de prestadores deservicios, en términos diferentes a lo establecido en el presente decreto.

16.5. La realización de actividades que puedan afectar la prestación del servicio, la correcta administración o la seguridad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 17. Efectos de la revocatoria de la habilitación.** Las entidades a las que le fuere revocada la habilitación por incumplir cualquiera de las condiciones de habilitación o las conductas previstas en el artículo anterior, no

podrán administrar recursos o planes de beneficios de salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios, sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y pena la que hubiere lugar.

**Artículo 18 .Retiro voluntario de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado** .Cualquier Entidad que administre el régimen subsidiado, podrá retirarse voluntariamente, siempre y cuando hayan informado su decisión a la Superintendencia Nacional de Salud, con una anticipación no inferior a cuatro(4) meses y con un plan de información claro que garantice el traslado de los afiliados a otra entidad. Durante este lapso, la Entidad que se retira, está obligada a garantizar la continuidad de los servicios a los afiliados.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado, se ajustarán para estos efectos, a lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 19.De las Cajas de Compensación Familiar, CCF.** Las Cajas de Compensación Familiar, CCF, podrán actuar como Administradoras del Régimen Subsidiado, en forma individual o conjunta.

**Artículo 20.De la operación individual de las Cajas de Compensación Familiar.** Las Cajas de Compensación Familiar, CCF, que pretendan actuar como Administradoras del Régimen Subsidiado en forma individual, lo podrán hacer:

20.1. Administrando directamente los recursos propios del Subsidio Familiar destinados al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social de que trata el artículo 217de la Ley 100 de 1993, siempre y cuando den cumplimiento a las demás condiciones de habilitación establecidas en el presente decreto.

20.2. Administrando recursos distintos a los establecidos por el artículo 217 de la Ley 100, de 1993, siempre y cuando cuente con un número mínimo de 200.000 afiliados y las demás condiciones de habilitación establecidas en el presente decreto.

**Artículo 21.De la operación conjunta de las Cajas de Compensación Familiar.** Las Cajas de Compensación Familiar, CCF, que pretendan actuar como Administradoras del Régimen Subsidiado en forma conjunta, lo podrán hacer mediante la celebración de convenios de asociación, siempre que cuenten conjuntamente con un número mínimo de 200.000afiliados y cumplan las demás condiciones de habilitación establecidas en el presente decreto. Este requisito se deberá acreditar en un plazo de seis (6)meses contados a partir de la vigencia del presente decreto.

Para tal efecto, las Cajas de Compensación Familiar, CCF, podrán realizar convenios utilizando las modalidades de consorcio o de unión temporal, en los términos establecidos en la Ley 80 de1993.

**Artículo 22.De los Convenios de Asociación de las Cajas de Compensación Familiar.** El consorcio o unión temporal deberá definir las obligaciones de cada una de las Cajas de Compensación Familiar frente a los afiliados, las entidades territoriales contratantes, los Prestadores de Servicios de Salud y las responsabilidades que cada CCF asume al interior del consorcio o unión temporal.

	<p>Para efectos de acreditar el capital o fondo social se tendrá en cuenta el patrimonio de cada una de las Cajas de Compensación Familiar que participen en el convenio de asociación. La contabilidad de la administración del Régimen Subsidiado, se seguirá manejando en cuentas independientes de conformidad con la normatividad vigente.</p> <p>Previa verificación de la Superintendencia Nacional de Salud, de los convenios de asociación, de que trata el presente decreto, podrá retirarse uno o más miembros para operar en forma individual como Administradora del Régimen Subsidiado, evento en el cual, los afiliados a este convenio, cumplirán para su continuidad, el procedimiento establecido por el CNSSS para la afiliación en circunstancias excepcionales.</p> <p><b>Artículo 23. Transitorio.</b> Las Cajas de Compensación Familiar, CCF, que a la fecha administran el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado bajo la modalidad de Convenio de Asociación debidamente autorizado, deberán habilitarse en los términos del presente decreto. (...)</p> <p><b>Artículo 24. Definición de requisitos, condiciones y estándares.</b> Los requisitos, condiciones y estándares a que se refiere el presente decreto, serán definidos por el Ministerio de la Protección Social, a más tardar dentro del mes siguiente a la entrada en vigencia del presente decreto. (Documento 5)</p>
--	---

### 3. ASPECTOS FINANCIEROS

#### a. Leyes Financiación

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 de diciembre 23 de 1993	<p><b>Artículo 214. Recursos del Régimen.</b> El Régimen Subsidiado se financiará con los siguientes recursos:</p> <p>a) Quince puntos como mínimo de las transferencias de inversión social destinadas a salud de que trata el numeral 2 del artículo 22 de la Ley 60 de 1993.</p> <p>Los 10 puntos restantes deberán invertirse de conformidad con el numeral 2 del artículo 21 de la Ley 60 de 1993, exceptuando el pago de subsidios. Adicionalmente, durante el período 1994-1997 10 puntos de la transferencia de libre asignación de que trata el párrafo del artículo 22 de dicha Ley deberán destinarse a dotación, mantenimiento y construcción de infraestructura de prestación de servicios;</p> <p>b) Los recursos propios y aquellos provenientes de Ecosalud que los departamentos y municipios destinen al régimen de subsidios en salud;</p> <p>c) Los recursos del situado fiscal y de las rentas cedidas a los departamentos que se requieran para financiar al menos las intervenciones de segundo y tercer nivel del Plan de Salud de los afiliados al régimen subsidiado, conforme a la gradualidad de que tratan los artículos 161 y 240 del presente libro;</p> <p>d) Los recursos para subsidios del Fondo de Solidaridad y Garantía que se</p>

	<p>describen en el artículo 221 de la presente Ley;</p> <p>e) El 15 % de los recursos adicionales que a partir de 1997 reciban los municipios, distritos y departamentos como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de renta sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> A partir del primero. de enero de 1995, el presupuesto de inversión de los recursos de libre asignación destinados a salud por el literal a) de este artículo deberá ser aprobado por la autoridad departamental de salud. Si la autoridad departamental de salud certifica que la infraestructura de prestación de servicios del respectivo municipio esta debidamente dotada, podrá autorizar la destinación de los recursos para inversión a las otras finalidades de que trata la Ley 60 de 1993.</p> <p><b>Artículo 221. Financiación de la Subcuenta de Solidaridad.</b> Para cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Fondo de Solidaridad y Garantía contará con los siguientes recursos:</p> <p>a) Un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, según lo dispuesto en el artículo 203. Esta cotización está girada por cada Entidad Promotora de Salud directamente a la subcuenta de solidaridad del Fondo;</p> <p>b) El monto que las Cajas de Compensación Familiar, de conformidad con el artículo 217 de la presente Ley, destinen a los subsidios de salud;</p> <p>c) Un aporte del presupuesto nacional de la siguiente forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En los años 1994, 1995 y 1996 no deberá ser inferior a los recursos generados por concepto de los literales a) y b).</li> <li>2. A partir de 1997 podrá llegar a ser igual a los recursos generados por concepto del literal a) del presente artículo;</li> </ol> <p>d) Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos;</p> <p>e) Los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el CONPES;</p> <p>f) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de la zona Cusiana y Cupiagua. Estos recursos se deducirán de la base de cálculo de los ingresos corrientes a que hace referencia la Ley 60 de 1993;</p> <p>g) Los recursos del IVA social destinados a las planes de ampliación de la cobertura de seguridad social a las madres comunitarias del ICBF de que trata la Ley 6a. de 1992.</p> <p><i>(Documento 2)</i></p>
<p>Ley 715 de diciembre 21 de 2001</p>	<p><b>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 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.</b></p>

	<p><b>Artículo 1. Naturaleza del Sistema General de Participaciones.</b> El Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en la presente ley.</p> <p><b>Artículo 49. Distribución de los recursos de la participación para la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.</b> Para el cálculo de los recursos del componente destinado a la prestación de los servicios de salud a la población pobre, en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se tomará el total de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud en la respectiva vigencia y se le restarán los recursos liquidados para garantizar la financiación a la población pobre mediante subsidios a la demanda y los recursos destinados a financiar acciones de salud pública definidas como prioritarias por el Ministerio de Salud. (...)</p> <p><b>Artículo 50. Recursos complementarios para el financiamiento de los subsidios a la demanda.</b> Los recursos de cofinanciación de la Nación destinados a la atención en salud de la población pobre mediante subsidios a la demanda, deberán distribuirse entre los entes territoriales de acuerdo a las necesidades de cofinanciación de la afiliación alcanzada en la vigencia anterior, una vez descontados los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y los recursos propios destinados a financiar la continuidad de cobertura. El monto excedente deberá distribuirse para el financiamiento de la ampliación de cobertura entre los entes territoriales, de acuerdo a los criterios que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (...) (Documento 3)</p>
--	--

**b. Decretos**  
**Giros, periodicidad y mora**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Decreto 050 de enero 13 de 2003	<p><b>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</b></p> <p><b>Artículo 10. Giro de los recursos del punto de cotización de solidaridad del régimen contributivo.</b> Las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán girar mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, el valor correspondiente al punto de solidaridad en las fechas establecidas por el reglamento.</p> <p>Si en las fechas que se definan existe recaudo no identificado, se girará una doceava de éste, señalando el mes en que fue recaudado, sin perjuicio de los ajustes que deban efectuarse posteriormente una vez hayan sido identificados</p>

o aclarados los recaudos. (...)

**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.

Los recursos a que se refiere el presente artículo, correspondientes 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 transferirán junto con sus rendimientos el mes siguiente al del recaudo, en la misma fecha indicada en el inciso anterior, identificando el período al cual corresponden.

La información sobre los depósitos a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, se presentará al administrador fiduciario de éste en las fechas establecidas para el giro, debidamente certificada por el representante legal y por el revisor fiscal de la entidad, manifestando expresamente que no existen recursos pendientes de giro.

**Parágrafo.** El giro extemporáneo de los recursos a que se refiere el presente artículo, ocasionará intereses moratorios a cargo de la Caja de Compensación Familiar respectiva, liquidados a la tasa de interés moratorio, aplicable a los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, con sujeción a lo establecido en el Decreto-ley 1281 de 2002, sin perjuicio de las demás acciones a que hubiere lugar.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la vigencia del presente decreto, las Cajas de Compensación Familiar a que se refiere el presente artículo, presentarán ante el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, la certificación del representante legal y del revisor fiscal en la cual se señale que no existen recursos pendientes de giro a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

**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. (...)

**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.

Parágrafo. En los eventos de que trata el artículo 24 del presente decreto y cuando se pacte en los convenios marco de gestión del régimen subsidiado, suscritos entre el Ministerio de Salud y las entidades territoriales, la posibilidad de efectuar giros directos a las Administradoras de los Recursos del Régimen Subsidiado, el giro se efectuará a quien señale la entidad territorial.

**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. (...)

**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.

Parágrafo. Los convenios marco de gestión del régimen subsidiado de que trata el presente artículo deberán ser suscritos por la Nación y los entes territoriales dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia del presente Decreto. Durante este tiempo el giro procederá previa verificación de lo previsto en los literales a), b) y d).

**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 las 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: (...)

**Parágrafo 1.** La medida de giro directo sin situación de fondos, se mantendrá durante el período contractual pactado para todas las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y la entidad territorial. Igualmente, la aplicación de las medidas adoptadas de conformidad con el presente artículo, deberá ser informada a la Entidad Territorial y a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que procedan a adelantar las actuaciones a que hubiere lugar de acuerdo con sus competencias.

**Parágrafo 2.** Cuando la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) no solicite el giro directo de los recursos en el caso del literal a) del presente artículo, no podrá acogerse a lo previsto en el parágrafo del artículo 2° del Decreto 882 de 1998.

**Artículo 25. Procedimiento para realizar giro directo de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).** 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. (...)

**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. 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: (...)

**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 (ARS) 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 34. Procedimiento para realizar giro excepcional de UPC.** La entidad territorial y/o el Ministerio de Salud, aplicarán la medida de giro excepcional de UPC, en los eventos definidos en el artículo anterior. (...)

**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.  
De conformidad con la Ley 734 de 2002, se considera omisión por parte de los representantes legales no dar inicio a las acciones judiciales frente a los entes territoriales, luego de transcurrir tres (3) meses del incumplimiento del pago.

**Artículo 32. Intereses moratorio.** La entidad territorial que no gire los recursos en los plazos establecidos, siempre y cuando haya recibido los recursos que la financian por parte de la Nación, deberá reconocer de acuerdo con lo establecido en el Decreto-ley 1281 de 2002, intereses de mora a la tasa de interés moratorio establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN.  
Los intereses de que trata este artículo, deberán pagarse con cargo a los recursos propios de la entidad territorial de libre destinación, sin perjuicio de las acciones de repetición a que hubiere lugar.  
Cuando se incurra en mora se adelantarán las acciones penales, fiscales, administrativas, disciplinarias y de repetición frente a los funcionarios responsables, cuando hubiere lugar a ello.

**Artículo 36. Efectos de la mora de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) frente a la red prestadora de servicios.** Además del

	<p>pago de intereses moratorios y de las sanciones que se contemplan en el presente decreto, en aquellos eventos en que las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) hayan incurrido en mora superior a siete (7) días calendario respecto de las cuentas debidamente aceptadas, habiendo recibido oportunamente los recursos correspondientes a las UPC de su población afiliada, la entidad territorial podrá abstenerse de celebrar nuevos contratos de aseguramiento o de renovar los ya existentes con las correspondientes Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), en el siguiente período de contratación.</p> <p>Si la mora se presenta en dos (2) períodos de pago dentro de la misma vigencia contractual y equivale como mínimo al 5% del pasivo corriente de la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS), la entidad territorial dará por terminado el contrato de administración de recursos del régimen subsidiado. Esta causal se incorporará al respectivo contrato celebrado entre la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) e impedirá que la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) contrate con la misma entidad territorial para el siguiente período de contratación.</p> <p>En estos casos, de acuerdo con el procedimiento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se efectuará el traslado de la población afiliada, garantizando la continuidad en la afiliación.</p> <p><b>Artículo 37. Preservación de los recursos de la seguridad social.</b> El literal b) del artículo 8° del Decreto 1543 de 1998, quedará así:  "b) En el régimen subsidiado. Están excluidos de la masa de liquidación los recursos que encontrándose en poder de la entidad sean indispensables para pagar los tratamientos en curso, o aquellas prestaciones que se hagan exigibles durante el proceso de liquidación.  De igual manera, estarán excluidos los recursos no ejecutados por la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) del porcentaje de la UPC destinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) a la prestación efectiva de servicios de salud a la población afiliada.  Con estos recursos y los que giren las entidades territoriales por concepto de UPC pendientes de giro a la fecha del inicio del proceso de liquidación, los cuales se manejarán en cuentas separadas, deberá el liquidador proceder a cancelar a prorrata las deudas contraídas con las instituciones prestadoras del servicio de salud.  El remanente en caso de existir, deberá ser girado a la subcuenta de solidaridad del Fosyga teniendo en cuenta la destinación específica de estos recursos consagrados en el artículo 48 de la Constitución Política.  <i>(Documento 5)</i></p>
<p>Decreto 1281 de 19 de junio del 2000</p>	<p><b>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</b></p> <p><b>Artículo 4. Intereses moratorios.</b> El incumplimiento de los plazos previstos para el pago o giro de los recursos de que trata este decreto, causará intereses moratorios a favor de quien debió recibirlos, liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección</p>

	<p>de Impuestos y Aduanas Nacionales.</p> <p><b>Artículo 10. Giro de los recursos del punto de cotización de solidaridad destinado al régimen subsidiado.</b> 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.</p> <p>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.</p> <p><b>Artículo 11. Aplicación del giro directo de los recursos del Sistema General de Participaciones y del Fosyga.</b> 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.</p> <p><b>Artículo 12. Aplicación del giro directo de los recursos del régimen subsidiado por parte de las Entidades Territoriales.</b> En los casos en que se giren directamente los recursos del régimen subsidiado a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, la entidad territorial podrá utilizar la información que ellas suministren y la de los contratos de prestación de servicios, para aplicar la medida.</p> <p>Cuando la administradora del régimen subsidiado no suministre en los términos y condiciones previstas en las normas vigentes la información necesaria para efectuar el giro, será responsable del pago de lo no debido que, como consecuencia del incumplimiento de los deberes de información, llegare a realizar la entidad territorial. (Documento 7)</p>
--	--

#### 4. COBERTURA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

##### a. Decretos Cobertura

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
-------	----------------------

Decreto  
3353 de 20  
de  
diciembre  
de 2003.

**Por el cual se reglamenta el inciso 5° del artículo 54 de la Ley 812 de 2003**

**Artículo 1. Destinación de los saldos excedentes y los rendimientos financieros resultantes de la liquidación de contratos del régimen subsidiado de vigencias anteriores.** De conformidad con el artículo 54 de la Ley 812 de 2003, los distritos y municipios deberán destinar para la ampliación de cobertura del régimen subsidiado de su propia jurisdicción, los recursos excedentes y los rendimientos financieros resultantes en la liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado de las vigencias anteriores incluidos aquellos cuya vigencia expiró en marzo de 2003, que aún se encuentren en poder de las Administradoras del Régimen Subsidiado y/o de los entes territoriales respectivos.

Los recursos excedentes de que trata el inciso anterior, cualquiera sea su fuente de financiación, incluidos los recursos previstos por el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, deberán garantizar la sostenibilidad según las reglas previstas en el presente decreto, sin que se deba efectuar el reintegro al FOSYGA.

**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) periodos anuales de contratación, sin perjuicio de los periodos 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.

**3. Definición del número máximo de afiliados para ampliación de cobertura.** El número máximo de afiliados que la entidad territorial podrá contratar en el régimen subsidiado, con el monto de los recursos determinados según el numeral primero del presente artículo, se calculará aplicando la siguiente formula:

	<p><b>Artículo 3. Presentación de informes y seguimiento del proceso de ampliación de coberturas.</b> 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. (Documento 8)</p>
--	--

**b. Acuerdos  
Cobertura**

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Acuerdo 244 de enero 31 de 2003</p>	<p><b>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.</b></p> <p><b>Artículo 57. Obligatoriedad de contratación en ampliación de coberturas.</b> Si se presenta ampliación de cobertura y las ARS habilitadas son seleccionadas por los beneficiarios, estarán obligadas a suscribir los contratos de aseguramiento siempre y cuando cumpla con los mínimos de población establecidos en el artículo 39 del presente acuerdo.</p> <p>Cuando se trate de ampliaciones con recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, las Cajas de Compensación Familiar informarán a las entidades territoriales sobre el número máximo de beneficiarios a los que podrá afiliarse con tales recursos. (Documento 13)</p>
<p>Acuerdo 253 de diciembre 5 de 2003</p>	<p><b>Por el cual se aprueba la ampliación de cobertura en el Régimen Subsidiado con excedentes de liquidación de contratos y se dictan otras disposiciones.</b></p> <p><b>Artículo 1. Ampliación de Coberturas del Régimen Subsidiado.</b> 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.</p>

**Artículo 2. Criterios de priorización de beneficiarios de subsidios.** Se modifica el artículo 7º del Acuerdo 244 de 2003, el cual 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 posnatal.
2. Niños menores de cinco años.
3. Población con discapacidad identificada mediante la encuesta Sisbén.
4. Mujeres cabeza de familia, según la definición legal.
5. Población de la tercera edad.
6. Población en condición de desplazamiento forzado.
7. Núcleos familiares de las madres comunitarias.
8. Desmovilizados.

**Parágrafo 1.** Los recién nacidos, la población infantil menor de 5 años y los menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, prioritarios según lo establecido en el presente artículo, podrán afiliarse sin su grupo familiar.

**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.

**Artículo 5. Modificar el numeral 1 del artículo 14 del Acuerdo 244 de 2003,** que quedará así:

"1. En el caso de la población infantil abandonada y los menores desvinculados del conflicto armado que estén bajo la protección del ICBF, es el mismo instituto."

**Artículo 6. 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

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>Artículo 7. Autorización de período excepcional de contratación.</b> Se autoriza un periodo excepcional de contratación comprendido entre el 23 de diciembre de 2003 y el 30 de marzo de 2004, en el cual se podrán comprometer los recursos de que trata el presente Acuerdo. (Documento 14)</p>
<p>Acuerdo 262 de enero 28 de 2004</p>	<p><b>Por el cual se fijan los criterios de distribución de los recursos del FOSYGA para ampliación de cobertura del régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones.</b></p> <p><b>Artículo 1.- Criterios de Distribución de los recursos del FOSYGA para la ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado.-</b> Los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA presupuestados para ampliación de cobertura del régimen subsidiado de que trata el presente Acuerdo, se destinarán para la población clasificada en los niveles I y II del SISBEN, de acuerdo con los criterios de priorización de beneficiarios de subsidios establecidos en el artículo 7 del Acuerdo 244 excepto la ampliación prevista con los recursos de que trata el numeral 2 del presente artículo. Estos recursos serán distribuidos por el Ministerio de la Protección Social con el siguiente orden de prioridad y de conformidad con los criterios que a continuación se señalan, los cuales únicamente aplican para la ampliación de cobertura contemplada en el presente acuerdo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Ningún municipio del país podrá estar por debajo del 50% de cobertura sobre población NBI.</b> Por tanto se distribuirán entre los municipios con coberturas de aseguramiento inferiores al 50% con respecto a la población con NBI, los recursos necesarios para lograr dicho porcentaje. Esta ampliación de cobertura no exige cofinanciación del ente territorial.</li> <li><b>2. Ampliar la cobertura al régimen subsidiado de la población desmovilizada del país.</b> Se asignarán los recursos necesarios para afiliar al régimen subsidiado a la población desmovilizada que certifique el Ministerio del Interior y Justicia, programa de reincorporación a la vida civil, discriminada por municipio. Esta ampliación de cobertura no exige cofinanciación del ente territorial. En este caso, no se aplica el artículo 7º del Acuerdo 244 de 2003.</li> <li><b>3. Asignar recursos para la afiliación de las personas desplazadas por la violencia a las entidades territoriales receptoras de esta población.</b> Se asignarán los recursos para la afiliación de personas en condición de desplazamiento forzado por causa de la violencia, distribuyendo los recursos en proporción directa de la población desplazada receptada, en cada uno de</li> </ol>

los municipios que se encuentran por encima del promedio nacional de población receptada. La red de solidaridad social certificará el número de personas desplazadas por entidad territorial receptora. Esta ampliación de cobertura no exige cofinanciación del ente territorial.

**4. Asignar recursos para la zona de rehabilitación definidas por el gobierno nacional y que se describen en el anexo del presente Acuerdo, que forma parte integral del mismo.** Se asignarán recursos para la afiliación de personas en los municipios que hacen parte de la zona de rehabilitación, en función de la cobertura de cada municipio, asignando mayores recursos a los municipios de menor cobertura, hasta lograr que estos municipios alcancen 5 puntos por encima del promedio nacional actual de cobertura de aseguramiento, utilizando como denominador la fórmula establecida en el parágrafo 1º del presente artículo. Esta ampliación de cobertura no exige cofinanciación del ente territorial.

**5. Asignación de los recursos girados por las entidades territoriales al Fosyga por concepto de Saldos de Liquidación de contratos del régimen subsidiado.** Se asignará a todas las entidades territoriales que hayan reintegrado recursos al Fosyga provenientes de saldos de liquidación de contratos, los recursos necesarios para financiar el periodo de contratación que termina el 31 de marzo de 2005. Estos recursos se calcularán aplicando la fórmula de sostenibilidad establecida en el Decreto 3353 de 2003 y solo serán aplicables a ampliación de cobertura. Esta ampliación de cobertura no exige cofinanciación del ente territorial.

**6. Ampliar la cobertura de la población indígena en el régimen subsidiado.** Se asignarán a los municipios con población indígena recursos del Fosyga equivalentes al 66.5% del costo de la ampliación de la cobertura, con base en los listados censales de la población residente en los resguardos indígenas, disponibles a la fecha del presente Acuerdo en el Ministerio del Interior y de Justicia. Para acceder a estos recursos el resguardo deberá aportar el equivalente al 33.5% con cargo al Sistema General de Participaciones. Para garantizar la cofinanciación a cargo del resguardo indígena, el municipio respectivo y/o el departamento podrán aportar recursos de esfuerzo propio.

**7. Asignar recursos para la afiliación de personas pertenecientes a la población rural.** Estos recursos serán distribuidos entre los gremios del sector agrícola y demás organizaciones interesadas en promover la afiliación al Régimen Subsidiado de la población rural clasificada en los Niveles I y II del SISBEN, siempre y cuando se aporte el porcentaje de cofinanciación que se determine de conformidad con lo establecido en el Artículo Quinto del presente Acuerdo y se cumplan los procedimientos allí previstos.

**Artículo 4. Distribución de los recursos.** El Ministerio de la Protección Social distribuirá mediante resolución los recursos destinados para la ampliación de cobertura del régimen subsidiado de conformidad con los criterios establecidos en el presente Acuerdo según la disponibilidad de recursos de la presente vigencia fiscal y una vez se cuente con la autorización para comprometer vigencias futuras expedida por el Ministerio de Hacienda y

	<p>Crédito Público.</p> <p>De la distribución efectuada, el Ministerio de la Protección Social, informará al CNSSS en la siguiente sesión que se realice con posterioridad al Acto administrativo.</p> <p><b>Artículo 5. Identificación, Financiación y contratación de la afiliación al Régimen Subsidiado de la población rural no migratoria.</b></p> <p>Para los efectos del presente Acuerdo se entiende por Población Rural no migratoria los agricultores de nivel I y II del SISBEN, cuyos ingresos no superen un tercio de los ingresos que perciben las Unidades Agrícolas Familiares según la definición del Departamento Nacional de Planeación.</p> <p>Los Gremios agrícolas y demás organizaciones interesadas en promover la identificación para la afiliación al Régimen Subsidiado de la población rural, deberán inscribirse para tal fin, mediante comunicación escrita ante el Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones, la cual deberá contener la propuesta de financiación y el esquema de operación propuesto. Una vez inscritas y autorizadas, estas organizaciones podrán realizar los demás procedimientos previstos en el artículo 67 del Acuerdo 244 de 2003. (...)</p> <p><b>Artículo 6. Gastos de Administración de Administradoras de Régimen Subsidiado.</b> Al cierre de la vigencia fiscal del año 2004, los gastos de administración en ningún caso podrán exceder el ocho por ciento (8%) del total de los ingresos operacionales.</p>
--	---

## 5. CONTROL Y VIGILANCIA

### a. Leyes

#### Control y vigilancia

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 100 de diciembre 23 de 1993	<p><b>Artículo 225. Información Requerida.</b> Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de costo deberán tener como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios prestados, utilizando para el efecto métodos sistematizados. Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario, para que éste conserve una factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>La Superintendencia exigirá en forma periódica, de acuerdo con la reglamentación que se expida la publicación de la información; que estime necesaria de la entidad y de ésta frente al sistema, garantizando con ello la competencia y transparencia necesarias. Igualmente, deberá garantizarse a</p>

los usuarios un conocimiento previo de aquellos procedimientos e insumos que determine el Ministerio de Salud.

**Artículo 226. Información para la vigilancia del recaudo.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá hacerse en forma independiente a la afiliación al régimen general de pensiones.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar a las entidades rectoras del régimen general de pensiones, la información que permita determinar la evasión y elusión de los aportes por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, podrá solicitar información a la Administración de Impuestos Nacionales y a las entidades recaudadoras territoriales y a otras entidades que reciban contribuciones sobre la nómina, orientada a los mismos efectos. En todo caso, esa información observará la reserva propia de la de carácter tributario.

**Artículo 227. Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud.** Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

**Artículo 228. Revisoría Fiscal.** Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán tener un revisor fiscal designado por la asamblea general de accionistas, o por el órgano competente. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el libro II, título I, capítulo VII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto sin perjuicio de lo prescrito en otras normas. (...)

**Artículo 229. Control Fiscal.** El control fiscal de las entidades de que habla esta Ley, se hará por las respectivas Contralorías para las que tengan carácter oficial y por los controles estatutarios para las que tengan un carácter privado.

**Artículo 230. Régimen Sancionatorio.** La Superintendencia Nacional de Salud, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, 168, 178, 182, 183, 188, 204, 210, 225 y 227, por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

El certificado de autorización que se les otorgue a las Empresas Promotoras de Salud podrá ser revocado o suspendido por la Superintendencia mediante providencia debidamente motivada, en los siguientes casos:

1. Petición de la Entidad Promotora de Salud.
2. Cuando la entidad deje de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos

	<p>para el otorgamiento de la autorización.</p> <p>3. Cuando la entidad no haya iniciado su actividad en un plazo de 3 meses contados a partir de la fecha de otorgamiento del certificado de autorización.</p> <p>4. Cuando la entidad ejecute practicas de selección adversa.</p> <p>5. Cuando se compruebe que no se prestan efectivamente los servicios previstos en el Plan de Salud Obligatorio.</p> <p><b>Artículo 231. Veedurías comunitarias.</b> Sin perjuicio de los demás mecanismos de control y con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de servicios, la prestación de los servicios mediante el régimen de subsidios en salud será objeto de control por parte de veedurías comunitarias elegidas popularmente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.</p> <p><b>Artículo 232. Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</b> A las instituciones prestadoras del servicio de salud se les aplicarán las disposiciones contenidas en los artículos 225, 227 y 228 de que trata la presente Ley, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto. El Ministerio de Salud definirá los casos excepcionales en donde no se exigirá la revisoría fiscal.</p> <p><b>Artículo 233. De la Superintendencia Nacional de Salud.</b> La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. (...)</p> <p><b>Parágrafo 3.</b> Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia sobre el Fondo de Solidaridad y Garantía y sobre las Entidades Promotoras de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar con firmas de auditoría colombianas la realización del programa o labores especiales. (Documento 2)</p>
--	---

## 5. Normatividad No Vigente

### a. Leyes

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Ley 60 del 12 de agosto de 1993	<p><b>"Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.</b></p> <p>ARTÍCULO 1o. COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES Y LA NACIÓN. Para los efectos de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política, los servicios y las competencias en materia social, a cargo de las entidades territoriales y la Nación, son los indicados en el presente capítulo. &lt;Jurisprudencia Vigencia&gt;</p>

Corte Constitucional:

- Capítulo 1, al cual pertenece este artículo, declarado EXEQUIBLE, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-600A-95 de 11 de diciembre de 1995, Magistrado Ponente Dr. Alejandro Martínez Caballero, "en cuanto no desconoció la reserva de ley orgánica, con excepción del párrafo 1° del artículo 6°, el cual había sido declarado inexecutable por la sentencia C-555/94".

ARTÍCULO 2o. COMPETENCIAS DE LOS MUNICIPIOS. Corresponde a los Municipios, a través de las dependencias de su organización central o de las entidades descentralizadas municipales competentes, en su carácter de entidades ejecutoras principales de las acciones en materia social, dirigir, prestar o participar en la prestación de los servicios directamente, conforme a la ley, a las normas técnicas de carácter nacional, a las ordenanzas y a los respectivos acuerdos municipales así:

1. En el sector educativo, conforme a la Constitución Política y a las disposiciones legales sobre la materia:

- Administrar los servicios educativos estatales de educación preescolar, básica primaria y secundaria y media.

- Financiar las inversiones necesarias en infraestructura y dotación y asegurar su mantenimiento, y participar con recursos propios y con las participaciones municipales en la financiación de los servicios educativos estatales y en la cofinanciación de programas y proyectos educativos.

- Ejercer la inspección y vigilancia, y la supervisión y evaluación de los servicios educativos estatales.

2. En el área de la salud: Conforme al artículo 49, de la Constitución Política dirigir el Sistema Local de Salud, ejercer las funciones establecidas en el artículo 12, de la Ley 10 de 1990, realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente a través de sus dependencias o entidades descentralizadas, de conformidad con los artículos 4o., y 6o., de la misma ley; o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, según lo dispuesto en el artículo 365, de la Constitución Política, la Ley 10 de 1990 y las disposiciones reglamentarias sobre la materia.

b) En desarrollo del principio de complementariedad de que trata el artículo 3o., literal e) de la Ley 10 de 1990, los municipios pueden prestar servicios correspondientes al segundo y tercer nivel de atención en salud, siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita, y garanticen debidamente la prestación de los servicios y las acciones de salud que le corresponden, previo acuerdo con el respectivo departamento.

La prestación de estos servicios públicos, de salud, con cargo a los recursos

del situado fiscal, se hará en forma autónoma por los municipios determinados por los departamentos conforme a lo dispuesto por el artículo 16 de la presente Ley, caso en el cual tanto la planta de personal como las instituciones, tendrán carácter municipal.

c) Financiar la dotación, construcción, ampliación, remodelación y el mantenimiento integral de las instituciones de prestación de servicios a cargo del municipio; las inversiones en dotación básica, la construcción y mantenimiento integral de los centros de bienestar del anciano; para todo lo cual deberán concurrir los departamentos.

3. En el sector de agua potable y saneamiento básico, asegurar la prestación de los servicios de agua potable, alcantarillado, soluciones de tratamiento de aguas y disposición de excretas, aseo urbano, y saneamiento básico rural, directamente o en asociación con otras entidades públicas, comunitarias o privadas, o mediante contratación con personas privadas o comunitarias. Ejercer la vigilancia y control de las plazas de mercado, centros de acopio o mataderos públicos o privados; así como ejercer la vigilancia y control del saneamiento ambiental, y de los factores de riesgo del consumo, las cuales podrán realizarse en coordinación con otros municipios y con el departamento.

4. En materia de vivienda, en forma complementaria a la Ley 3a. de 1991, con la cooperación del sector privado, comunitario y solidario, promover y apoyar programas y proyectos y otorgar subsidios para la vivienda de interés social, definida en la Ley, de conformidad con los criterios de focalización reglamentados por el gobierno nacional, conforme al artículo 30, de la presente Ley.

5. Otorgar subsidios a la demanda para la población de menores recursos, en todas las áreas a las cuales se refiere este artículo de conformidad con los criterios de focalización previstos en el artículo 30, de la presente ley.

6. Promover y fomentar la participación de las entidades privadas, comunitarias y sin ánimo de lucro en la prestación de los servicios de que trata este artículo, para lo cual podrán celebrar con ellas los contratos a que haya lugar. En el sector educativo se procederá según el artículo 8o de la presente Ley.

7. En el sector agropecuario, promover y participar en proyectos de desarrollo del área rural campesina y prestar la asistencia técnica agropecuaria a los pequeños productores de su jurisdicción.

<Jurisprudencia Vigencia>

Corte Constitucional:

- Capítulo 1, al cual pertenece este artículo, declarado EXEQUIBLE, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-600A-95 de 11 de diciembre de 1995, Magistrado Ponente Dr. Alejandro Martínez Caballero, "en cuanto no desconoció la reserva de ley orgánica, con excepción del parágrafo 1° del artículo 6°, el cual había sido declarado inexecutable por la sentencia C-555/94".

ARTÍCULO 3o. COMPETENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS. Corresponde a los departamentos, a través de las dependencias de su organización central o de las entidades descentralizadas de departamentales competentes, conforme a la Constitución Política, la ley, a las normas técnicas nacionales y a las respectivas ordenanzas:

1. Administrar los recursos cedidos por la Nación; planificar los aspectos relacionados con sus competencias para los sectores de educación y salud y ejercer funciones de coordinación, subsidiariedad y concurrencia relacionadas con las competencias municipales conforme a la Constitución, a la Ley y a los reglamentos que sobre tales aspectos expidan los respectivos Ministerios.

En desarrollo de estas funciones promoverá la armonización de las actividades de los municipios entre sí y con el departamento y contribuirá a la prestación de los servicios a cargo de los municipios, cuando éstos presenten deficiencias conforme al sistema de calificación debidamente reglamentado por el respectivo Ministerio.

2. Registrar las instituciones que prestan servicios de salud y definir su naturaleza jurídica, según lo previsto en los artículos 34 y 35, de la presente Ley, y la reglamentación que a tal efecto expida el Ministerio de Salud.

3. Actuar como instancia de intermediación entre la Nación y los Municipios, para los fines del ejercicio de las funciones que conforme a esta Ley, son de competencia de la Nación.

4. Asesorar y prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los Municipios y a las instituciones de prestación de los servicios para el ejercicio de las funciones asignadas por la presente Ley; realizar la evaluación, control y seguimiento de la acción municipal y promover ante las autoridades competentes las investigaciones disciplinarias a que haya lugar.

5. Las anteriores competencias generales serán asumidas por los departamentos así:

A. En el sector educativo, conforme a la Constitución Política y las disposiciones legales sobre la materia:

- Dirigir y administrar directa y conjuntamente con sus municipios la prestación de los servicios educativos estatales en los niveles de preescolar, básica primaria y secundaria y media.

- Participar en la financiación y cofinanciación de los servicios educativos estatales y en las inversiones de infraestructura y dotación.

- Asumir las funciones de administración, programación y distribución de los recursos del situado fiscal para la prestación de los servicios educativos estatales.

- Promover y evaluar la oferta de capacitación y actualización de los docentes, de acuerdo con los desarrollos curriculares y pedagógicos y facilitar el acceso a la capacitación de los docentes públicos vinculados a los establecimientos educativos del área de su jurisdicción.

- Regular, en concurrencia con el municipio, la prestación de los servicios educativos estatales.

- Ejercer la inspección y vigilancia y la supervisión y evaluación de los servicios educativos estatales.

- Incorporar a las estructuras y a las plantas departamentales las oficinas de escalafón, los fondos educativos regionales, centros experimentales piloto y los centros auxiliares de servicios docentes.

- Asumir las competencias relacionadas con currículo y materiales educativos.

La prestación de los servicios educativos estatales y las obligaciones correspondientes, con cargo a los recursos del situado fiscal, se hará por los departamentos, caso en el cual los establecimientos educativos y la planta de personal tendrán carácter departamental, distribuida por municipios, de acuerdo con las necesidades de prestación del servicio; de todas maneras la administración del personal docente y administrativo se hará conforme a lo previsto en el artículo 6o. de la presente Ley.

6. En el sector de la salud: a) Conforme al artículo 49 de la Constitución Política, dirigir el Sistema Seccional de Salud, cumpliendo las funciones establecidas en el artículo 11, de la Ley 10 de 1990, realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, financiar y garantizar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación correspondientes al segundo y tercer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente, o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, según lo dispuesto en el artículo 365, de la Constitución Política, la Ley 10 de 1990 y las disposiciones reglamentarias sobre la materia.

b) Ejecutar las campañas de carácter nacional en los términos y condiciones de la delegación efectuada por la Nación o asumir directamente la competencia, y participar en los programas nacionales de cofinanciación. Financiar los tribunales seccionales de ética profesional. Ejercer los controles a los medicamentos y alimentos en los términos que determine el reglamento.

c) Concurrir a la financiación de la prestación de los servicios a cargo de los municipios cuando estos no estén en capacidad de asumirlos; financiar las inversiones necesarias en infraestructura y dotación y asegurar su mantenimiento para la prestación de los servicios de su competencia.

d) Garantizar la operación de la red de servicios y el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre todos los niveles de atención.

e) Programar la distribución de los recursos del situado fiscal por municipio a fin de realizar la cesión a aquellos que asuman la competencia para su

administración.

f) La prestación de tales servicios, con cargo a los recursos del situado fiscal, se hará en forma autónoma por los departamentos determinados por el Ministerio de Salud conforme a lo dispuesto en el artículo 14, de la presente Ley, caso en el cual tanto la planta de personal como las instituciones, tendrán carácter departamental. Así mismo asumirán la prestación de los servicios de salud del primer nivel, en los municipios que no hayan asumido su prestación descentralizada, caso en el cual la planta de personal y las instituciones de salud serán igualmente de carácter departamental.

7. Otorgar subsidios a la demanda de la población de menores recursos, en las áreas de educación y salud, de conformidad con los criterios de focalización previstos en el artículo 30, de la presente Ley.

8. Promover y fomentar la participación de las entidades privadas, comunitarias y sin ánimo de lucro en la prestación de los servicios de que trata este artículo, excepto para educación, para lo cual podrán celebrar con ellas los contratos a que haya lugar.

<Jurisprudencia Vigencia>

Corte Constitucional:

- Capítulo 1, al cual pertenece este artículo, declarado EXEQUIBLE, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-600A-95 de 11 de diciembre de 1995, Magistrado Ponente Dr. Alejandro Martínez Caballero, "en cuanto no desconoció la reserva de ley orgánica, con excepción del parágrafo 1° del artículo 6°, el cual había sido declarado inexecutable por la sentencia C-555/94".

**ARTÍCULO 4o. COMPETENCIAS DE LOS DISTRITOS.** Corresponde a los distritos, a través de las dependencias de su organización central o de las entidades descentralizadas competentes, conforme a la Ley, a las normas técnicas nacionales y a los respectivos acuerdos: (...)

La prestación de los servicios educativos estatales y las obligaciones correspondientes, con cargo a los recursos del situado fiscal, se hará por los distritos, caso en el cual los establecimientos educativos y la planta de personal tendrán carácter distrital; de todas maneras la administración del personal docente y administrativo se hará conforme a lo previsto en el artículo 6o. de la presente ley.

2. En el sector de la salud:

a) Conforme al artículo 49 de la Constitución Política, dirigir el Sistema Distrital de Salud, ejercer las funciones establecidas en los artículos 11 y 12 de la Ley 10 de 1990, financiar y realizar las acciones de fomento de la prevención de la enfermedad y garantizar la prestación de los servicios de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación correspondientes al primero, segundo y tercer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente, o a través de

entidades descentralizadas, de conformidad con los artículos 4o y 6o de la Ley 10 de 1990, o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, acorde con el artículo 365 de la Constitución Política, la Ley 10 de 1990 y demás normas relacionadas, y para el caso del Distrito Capital, conforme a la Ley 10 de 1992 y los acuerdos distritales respectivos. Registrar las entidades prestadoras de servicios de salud y definir su naturaleza jurídica según lo previsto en los artículos 34 y 35 de la presente ley y el reglamento que al efecto expida el Ministerio de Salud.

b) Ejecutar las campañas de carácter nacional en los términos y condiciones de la delegación efectuada, o asumir directamente la competencia y participar en los programas nacionales de cofinanciación. Financiar los tribunales distritales de ética profesional. Ejercer el control de alimentos y medicamentos en los términos que lo reglamente el Ministerio de Salud.

c) Financiar la construcción, ampliación y remodelación de obras civiles, la dotación y el mantenimiento integral de las instituciones de prestación de servicios a cargo del distrito; las inversiones en dotación, construcción, ampliación, remodelación, y mantenimiento integral de los centros de bienestar del anciano.

d) Garantizar la operación de la red de servicios y el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre todos los niveles de atención. La prestación de tales servicios, con cargo a los recursos del situado fiscal, se hará en forma autónoma por los distritos determinados por el Ministerio de Salud conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la presente ley, caso en el cual tanto la planta de personal como las instituciones, tendrán carácter distrital.

3. En materia de vivienda, agua potable y saneamiento básico las mismas atribuidas a los municipios y departamentos.

4. Otorgar subsidios a la demanda de la población de menores recursos, para el ejercicio de las competencias asignadas en este artículo, de conformidad con los criterios de focalización previstos en el artículo 30 de la presente ley.

5. Promover y fomentar la participación de las entidades privadas, comunitarias y sin ánimo de lucro en la prestación de los servicios de que trata este artículo, en el sector educativo se procederá según el artículo 8o de la presente ley, para lo cual podrán celebrar con ellas los contratos a que haya lugar.

Jurisprudencia Vigencia>

Corte Constitucional:

- Capítulo 1, al cual pertenece este artículo, declarado EXEQUIBLE, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-600A-95 de 11 de diciembre de 1995, Magistrado Ponente Dr. Alejandro Martínez Caballero, "en cuanto no desconoció la reserva de ley orgánica, con excepción del parágrafo 1° del artículo 6º, el cual había sido declarado inexecutable por la sentencia C-555/94".

**ARTÍCULO 5o. COMPETENCIAS DE LA NACIÓN.** En relación con las materias de carácter social, corresponde a la Nación, a través de los Ministerios, Departamentos Administrativos y demás organismos y autoridades de la administración central o de las entidades descentralizadas del orden nacional, conforme a las disposiciones legales sobre la materia:

- Formular las políticas y objetivos de desarrollo.
- Establecer normas técnicas, curriculares y pedagógicas que servirán de orientación a las entidades territoriales.
- Administrar fondos especiales de cofinanciación.
- Organizar y desarrollar programas de crédito.
- Prestar los servicios médicos especializados en el caso del Instituto Nacional de Cancerología y los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación.
- Dictar las normas científico administrativas para la organización y prestación de los servicios.
- Impulsar, coordinar y financiar campañas y programas nacionales en materia educativa y de salud.
- Asesorar y prestar asistencia técnica y administrativa a las entidades territoriales y a sus instituciones de prestación de servicios.
- Ejercer las responsabilidades y acciones que deba cumplir en desarrollo de lo dispuesto en la presente ley.
- Distribuir el situado fiscal; reglamentar la delegación y delegar en las entidades territoriales la ejecución de las campañas y programas nacionales, o convenir la asunción de las mismas por parte de las entidades territoriales, cuando fuere el caso, con la asignación de los recursos respectivos para su financiación o cofinanciación; establecer los programas de cofinanciación en forma acorde a las políticas y a las prioridades nacionales.
- Vigilar el cumplimiento de las políticas; ejercer las labores de inspección y vigilancia de la educación y salud y diseñar criterios para su desarrollo en los departamentos, distritos y municipios; ejercer la supervisión y evaluación de los planes y programas y, en especial, de la utilización o destinación de las cesiones y participaciones y de los grados de cobertura y calidad de los servicios e informar a la comunidad sobre estos resultados; y, promover ante las autoridades competentes, las investigaciones que se deriven de las actuaciones de los funcionarios.

PARÁGRAFO 1o. En concordancia con la descentralización de la prestación de los servicios públicos de salud y educación y las obligaciones correspondientes, señalados en la presente ley, la Nación cederá a título gratuito a los departamentos, distritos y municipios los derechos y obligaciones sobre la propiedad de los bienes muebles e inmuebles existentes a la fecha de publicación de la presente ley destinados a la prestación de los servicios que asuman las entidades territoriales.

<Jurisprudencia Vigencia>

Corte Constitucional:

- Capítulo 1, al cual pertenece este artículo, declarado EXEQUIBLE, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-600A-95 de 11 de diciembre de 1995, Magistrado Ponente Dr. Alejandro Martínez Caballero, "en cuanto no desconoció la reserva de ley orgánica, con excepción del parágrafo 1° del artículo 6º, el cual había sido declarado inexecutable por la sentencia C-555/94".

ARTÍCULO 6o. ADMINISTRACIÓN DEL PERSONAL. Corresponde a la ley y a sus reglamentos, señalar los criterios, régimen y reglas para la organización

de plantas de personal docente y administrativo de los servicios educativos estatales.

Ningún departamento, distrito o municipio podrá vincular docentes y administrativos sin el lleno de los requisitos del estatuto docente y la carrera administrativa, respectivamente, ni por fuera de las plantas de personal que cada entidad territorial adopte.

Todo nombramiento o vinculación que no llene los requisitos a que se refiere este artículo, serán ilegales y constituyen causal de mala conducta, sin perjuicio de la responsabilidad civil y penal para quien lo ejecute.

El régimen prestacional aplicable a los actuales docentes nacionales o nacionalizados que se incorporen a las plantas de departamentales o distritales sin solución de continuidad y las nuevas vinculaciones será el reconocido por la Ley 91 de 1989, y las prestaciones en ellas reconocidas serán compatibles con pensiones o cualesquiera otra clase de remuneraciones. El personal docente de vinculación departamental, distrital y municipal será incorporado al Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio y se les respetará el régimen prestacional vigente de la respectiva entidad territorial.

Las sumas por concepto de provisiones y aportes para la atención del pago de las prestaciones del personal docente del orden territorial, a cargo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, serán giradas al mismo por las entidades territoriales, de conformidad con las disposiciones de la presente ley. El valor actuarial del pasivo prestacional de las entidades territoriales, que deberán trasladar al Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio, se determinará, para estos efectos, con base en la liquidación que se realice con cada una de ellas, y será financiado con sus propios recursos.

El régimen de remuneración y las escalas salariales de todos los docentes de los servicios educativos estatales, que en adelante tendrán carácter de servidores públicos de régimen especial, de los órdenes departamental, distrital o municipal, se regirá por el Decreto-ley 2277 de 1979 y demás normas que lo modifiquen y adicionen. Igualmente, sus reajustes salariales serán definidos de conformidad con la Ley 4a. de 1992.

Las funciones de dirección del sistema de salud, se realizará a través de las direcciones locales, distritales y seccionales según las competencias definidas en la presente ley. Las entidades prestadoras de servicios de salud, estarán dotadas de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, en concordancia con el parágrafo 1o. del artículo 19, de la ley 10 de 1990, y se les aplicará el régimen de personal previsto en el artículo 26 de dicha ley. En virtud de las autorizaciones de la Ley 4a. de 1992 el CONPES social establecerá los reajustes salariales máximos que podrán decretar o convenir las entidades territoriales. Igualmente establecerá los parámetros de eficiencia técnica y administrativa que podrán considerarse para la expansión de las plantas de personal, y los sistemas de control de gestión por parte de las entidades territoriales, sin perjuicio de su autonomía que al respecto consagra la Constitución Política. El Gobierno Nacional establecerá un programa de estímulos a la eficiencia técnica y administrativa de los sectores de salud y educación y se abstendrá de participar en programas de cofinanciación cuando las entidades territoriales de que trata la presente ley, no demuestren eficiencia o no efectúen la expansión racional de sus plantas de personal.

*(Documento 4)*

--	--

## II. Doctrina

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>El futuro de la Salud en Colombia <b><u>Ley 100 de 1993</u></b> <b><u>Cinco años después</u></b> Cuarta Edición 1999. Iván Jaramillo Pérez Fuente: Particular</p>	<p><b>Del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda</b></p> <p>No existe consenso entre los análisis sobre estos conceptos, pues para unos el subsidio a la demanda se causa cuando se entrega un bono a una persona o a una entidad para su manejo colectivo; para otros este tipo de subsidios existe cuando el Estado cofinancia a los usuarios para adquirir un servicio y se causa al momento de demandarlo y recibirlo en forma gratuita total o parcialmente. Dentro de la segunda concepción, el subsidio a la oferta se causa cuando se financian entidades y específicamente sus presupuestos de nómina, medicamentos y gastos generales sin que exista una conexión necesaria entre los pagos a factores y los servicios prestados.</p> <p>Dentro de esta perspectiva, los subsidios a la oferta son entonces transferencias incondicionales del fisco a las entidades públicas que se causan cuando éste aprueba su presupuesto en forma independiente del volumen, calidad y costos de la prestación de los servicios y son conocidos además como auxilios cuando las entidades son privadas.</p> <p>Una forma de dirimir el conflicto sería establecer que al momento de transferir una capitación a una administradora del régimen subsidiado entonces se está creando un subsidio a la demanda potencial y cuando la administradora paga al proveedor se está generando un subsidio a la demanda efectiva.</p> <p>De todas maneras, un importante aporte del neoliberalismo es indudablemente el desarrollo del concepto de los subsidios a la demanda, con el cual se espera lograr una mejor focalización de los recursos fiscales hacia la población más pobre y vulnerable, así como nuevas formas de participación comunitaria, se inducirá un manejo más eficiente de los hospitales y se hará efectivo el sistema de aseguramiento para que quien provea no corra con riesgos financieros. <i>(Documento 28)</i></p>
<p>Departamento Nacional de Planeación. <b><u>Sostenibilidad financiera del Régimen Subsidiado</u></b></p>	<p><b>Régimen subsidiado de salud en Colombia: Evolución y propuestas de ajuste.</b></p> <p><b>Financiamiento del régimen subsidiado</b> El sector salud, en general el régimen subsidiado, en particular, no escapan a los problemas macroeconómicos del país. Factores como el desempleo, el crecimiento salarial por debajo de la inflación, la recesión para los cotizantes independientes del régimen contributivo, la evasión y la elusión de aportes a la seguridad social han disminuido el crecimiento de recursos de la subcuenta de solidaridad para el régimen subsidiado. Lo que explica en parte la</p>

<p><b>en Salud.</b> Diana Isabel Cárdenas Gamboa. Agosto de 2000. Fuente: <a href="http://www.dnp.gov.co">www.dnp.gov.co</a></p>	<p>desaceleración de la cobertura en los dos últimos años.</p> <p>En relación con las fuentes de la nación, la Ley 715 del 2.001 modifica la disponibilidad de recursos, en la medida en que las transferencias para salud deberán seguir la tendencia decreciente de la inflación, en lugar de la tendencia creciente de los ingresos corrientes de la nación, que se venía aplicando. Con esta medida es posible sostener los afiliados actuales, pero la ampliación de la cobertura por esta fuente se limita a los puntos porcentuales pactados por encima de la inflación.</p> <p>Por otro lado, sobresale el hecho de que no se está destinando al financiamiento del régimen y los porcentajes estipulados por las leyes vigentes. En el agregado nacional, la mayor participación proviene del FOSIGA, mientras que en el municipal son los recursos de participación en ingresos corrientes de la nación (PICN). Antes de buscar nuevas fuentes o aumentar la participación con destinación a salud, se deben revisar los traslados efectivos de lo destinado por la ley.</p> <p>Otra limitación para el mejor rendimiento de los recursos es que se mantienen en forma simultánea los subsidios de oferta y de demanda, con una competencia por los escasos recursos del sistema. En términos prácticos, esto limita en forma grave el acceso de las personas pobres sin aseguramiento actual.</p> <p>El financiamiento del régimen debe buscar alternativas diferentes a la de los recursos del Estado. En este sentido, el programa exploró la opción de subsidios parciales, en los cuales la población vinculada al sistema y con ingresos familiares inferiores a \$ 500.000 mensuales podría asumir entre el 22% y el 48% del valor de la unidad de pago por capitación subsidiada.</p> <p>El análisis de los costos de transacción de los recursos del régimen mostró que este valor asciende hasta un 6% de su valor total, debido principalmente a la mora en el flujo para llegar a las ARS. La ausencia de penalización por mora y los bajos costos de administración del dinero en las entidades financieras, mientras generan rendimientos importantes, son incentivos perversos para un flujo oportuno.</p> <p>A pesar de lo anterior, es relevante aclarar que en algunos de los casos estudiados la mora en los pagos a las ARS no es imputable al ente territorial o al flujo de los recursos en el ámbito nacional, sino a la propia gestión de las ARS en la radicación de las cuentas. Aunque se encontró una gran variación en la responsabilidad de las ARS en la norma, se sugiere que con el tiempo estas entidades han mejorado sus procesos.</p> <p>El hecho de que los recursos financieros del régimen provengan de múltiples fuentes lo convierte en un proceso complejo para la administración municipal y genera mayores posibilidades de uso inadecuado. Esta condición afecta principalmente a los municipios centralizados que dependen del trámite departamental. Al respecto el programa considera que se deben explorar alternativas, como la de un fondo único que los recaude y los distribuya.</p>
--	--

La complejidad del manejo del régimen subsidiado requiere unos procesos de planeación y de operación financiera óptimos. La primera condición generalmente ausente, debe abarcar todos los pasos del proceso financiero e iniciar la recepción de los recursos, su manejo eficiente, su redistribución equitativa, la aplicación de incentivos para generar recursos adicionales destinados a la ampliación de la cobertura, así como una adecuada programación de pagos de los entes territoriales a las ARS y de éstas a sus redes de prestadores.

La falta de herramientas técnicas que promuevan el mejor desempeño de cada uno de los actores del sistema es una barrera de importancia para que el régimen subsidiado supere sus grandes retos: el financiamiento y la afiliación de la población de oferta y demanda daría como resultado una situación óptima, desde el punto de vista económico.

Sin embargo, en la actual situación de mercado de aseguramiento, existen problemas desde la oferta y desde la demanda, que hacen necesario identificar estas falencias para que por medio de la intervención del Estado se le dé adecuado manejo.

#### **Análisis de gestión de las empresas.**

Las ARS no llevan un control puntual y detallado de sus costos administrativos, a pesar de lo cual, en todos los casos, el promedio de gasto administrativo resultó superior al 15% establecido por el marco normativo. Este hecho puede estar relacionado con varios factores : (1) la confusión de las imposiciones normativas frente a la naturaleza de las instituciones; (2) el corto tiempo que llevan de creadas estas entidades, por lo cual apenas están iniciando el proceso de consolidación de su administración; (3) la composición de los mercados no les ha permitido obtener los rendimientos o las economías esperadas por escalas de producción, y (4) en el arranque de la operación del régimen subsidiado, algunas de las ARS manejaban tanto el aseguramiento como la prestación del servicio, con confusión de los costos de cada uno de ellos.

La falta de control sobre el costo administrativo, que resulta evidente en algunos de los casos, se manifiesta en una concentración importante en actividades de soporte de la organización y no en las del negocio, en los cuantiosos costos por transferencias internas y en la permanencia de operaciones no sostenibles, que van en detrimento de las utilidades de la organización.

En el análisis por tipo de ARS, los resultados muestran cómo las EPS presentan los costos administrativos más altos; mientras que las ESS ostentan los más bajos, con porcentajes de gasto en producción más elevados. Este es un hecho valioso para la organización de estrategias de desarrollo del sistema, pero además sugiere la orientación de las ESS hacia la satisfacción de su cliente externo.

#### **Carnetización**

El proceso de carnetización, muestra los mejores resultados de eficiencia técnica entre los procesos estudiados (con un 77,79%), mientras que el

menor es el de selección de la red prestadora (con un 36,1%).

En los estados financieros resulta preocupante la proporción de cuentas por cobrar dentro de los activos, del 49% en 1999 y del 46% para el 2000. dos de sus causas pueden encontrarse en la poca vigilancia ejercida en los procesos de recaudo y de control del flujo de caja, así como en los atrasos en los pagos de los entes territoriales.

Un hallazgo que resulta preocupante sobre las ARS, en general, es que éstas no han desarrollado un sistema de indicadores de gestión ni de conservación de sus registros estadísticos históricos, que permitan hacer seguimientos a su operación, evaluar su desempeño y proyectar metas futuras.

### **Propuesta General del Programa**

Una de las grandes conclusiones del estudio es que el peor escenario posible es continuar indefinidamente en un periodo de transición que, entre otros factores, es causa y efecto de la indefinición actual del régimen. Esta situación es evidente en el marco normativo, cuando observamos las normas que lo regulan como un modelo de administración pública, mientras que el marco legal y otras normas lo definen y lo regulan como un modelo de aseguramiento.

### **Modelo dual para la operación del régimen subsidiado.**

Se propone implementar un modelo dual que considere las alternativas de operación del régimen subsidiado con ayuda tanto de un modelo de aseguramiento, en todas aquellas regiones donde la configuración del mercado lo permita, como de un modelo de administración, para aquellas regiones de excepción, que no cuentan con las condiciones mínimas para este tipo de operación y con alternativas diferentes de los modelos de prestación.

El desarrollo de cada uno de estos modelos requiere ajustes en la normatividad y en las estrategias de operación, que deben integrarse a la legislación para que se logre el desarrollo correcto e integral deseado.

### **Focalización de los subsidios**

La focalización de población, estrategia para la entrega de los subsidios, debe convertirse en un proceso de certificación de los beneficiarios potenciales y determinar, por medio del instrumento Sisben, el grado de pobreza de las personas y sus posibilidades de acceso al sistema por otras vías. Una vez clasificados, es necesario aplicar los criterios de priorización de acuerdo con el alcance de los recursos disponibles para subsidios a la demanda. Adicional y paralelamente, el ente territorial debe llevar a cabo su proceso de planeación, el mantenimiento de la base de datos y el reporte y cruce de información con los ámbitos departamentales y nacional, para validar la correcta entrega de estos subsidios.

Tanto el sistema de focalización como sus herramientas deben ser ajustados, a fin de responder con mayor exactitud y oportunidad a los requerimientos del sistema, lo que puede requerir la revisión de los criterios actuales de

selección de beneficiarios , la periodicidad de la focalización , el cruce de base de datos de Sisben con los del sector financiero y el régimen contributivo y la responsabilidad del usuario para demostrar sus derechos por primera vez y en forma periódica.

### **Conclusiones y recomendaciones finales**

Aunque estas propuestas pueden implicar el cambio de paradigmas o de costumbres fuertemente arraigadas, se justifica porque el objetivo del sistema es la salud de los ciudadanos y no sus instituciones, ya sean operadores o rectores.

Todas las instituciones del Estado deben responder por la indefinición y por la inestabilidad del marco normativo, que ha dado como resultado un clima de incertidumbre que afecta la operación del sistema; los entes territoriales, además de ver superada su capacidad técnica para un buen desarrollo del sistema, se han visto enfrentados a conflictos de intereses por superposición de funciones frente al usuario, las ARS y la red prestadora; las ARS, por su parte desarrollaron una cierta capacidad de reacción, pero muchas han fracasado por una débil gestión que se debate entre el aseguramiento y la administración de recursos públicos; los pocos avances de los prestadores para transformarse en empresas sociales del Estado y desprenderse de los subsidios de oferta han afectado la disponibilidad de recursos para el aseguramiento; por último, los usuarios reconocen cada vez más las bondades del sistema, pero desconocen sus deberes y obligaciones para con él.

Estas condiciones muestra de algunos de los problemas del sistema, evidencian la urgencia de tomar decisiones integrales en diferentes campos, para hacer viable la operación.

En primer lugar tiene que definirse si el régimen subsidiado se maneja mediante un modelo de aseguramiento del riesgo en salud o uno de administración de recursos públicos. No puede seguir siendo una combinación improvisada de los dos y tratar de funcionar en un mismo mercado.

En segundo lugar, es esencial el desarrollo de unos sistemas de información que permitan observar y evaluar el sistema en todos sus ámbitos (normativos, financieros, asistenciales etc.), a fin de ver como responden a sus obligaciones y cuales son las necesidades reales de ajuste, antes de implementar medidas desordenadas, ambiguas o incompletas que contribuyen a desvirtuar el SGSSS.

En tercer lugar, se deben buscar nuevos sistemas y fuentes de financiación para lograr la cobertura universal, con la cual, además de lograr el objetivo social, se da solución a diferentes problemas operativos del SGSSS.

En cuanto a la financiación del sistema, el subsidiado parcial es una alternativa diferente a las ensayadas hasta ahora, con dos componentes interesantes: aumenta la participación y la solidaridad de los beneficiarios en la medida de sus posibilidades y fomenta la cultura de aseguramiento entre la

	<p>población, lo que puede ayudar a proteger el SGSSS. (Documento 29)</p>
<p>Fasecolda 10 años de la ley 100 de 1993. <b><u>Seguridad social en Colombia</u></b> Iván Jaramillo Pérez Noviembre de 2003. Fuente: Particular</p>	<p><b>El POS del Régimen Subsidiado POS-S</b></p> <p>Para los afiliados al régimen subsidiado, el consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha diseñado un POS que en su punto de partida sólo incluyó servicios de salud, y daba así prioridad al primer nivel de atención, por un valor equivalente al 50% del POS contributivo. No obstante, en forma progresiva se han venido adicionando los servicios más frecuentes del segundo y tercer nivel, e incluso se ha introducido un “reaseguro” para enfermedades de alto costo.</p> <p>En el periodo de transición, la población del régimen subsidiado debe obtener los servicios hospitalarios no incluidos en el POS-S en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los hospitales privados con los cuales el Estado tiene contrato de prestación de servicios.</p> <p><b>El Fondo de solidaridad y Garantía FOSIGA</b></p> <p>La ley 100 de 1993 creó el Fondo de solidaridad y Garantía como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Corresponde al CNSSS determinar los criterios de utilización y distribución de sus recursos.</p> <p>Estructura del Fondo</p> <p>El fondo tiene las siguientes subcuentas independientemente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De compensación interna del régimen contributivo;</li> <li>De solidaridad con el régimen de subsidio en salud;</li> <li>De promoción de la salud;</li> <li>De catástrofes y accidentes de tránsito.</li> </ul> <p>Financiación de la Subcuenta de Solidaridad</p> <p>Para cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados según las normas del régimen subsidiado, esta cuenta recibe los siguientes recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un punto de los doce que constituyen la cotización de solidaridad del régimen contributivo.</li> <li>• Entre el 5% y el 10% de los recaudos de las Cajas de Compensación Familiar.</li> <li>• Un aporte del presupuesto nacional equivalente al 25% de lo aportado por los dos conceptos anteriores.</li> <li>• El producto del impuesto a las armas y municipios.</li> </ul> <p>(Documento 26)</p>
<p>Federación</p>	<p><b>PRESUPUESTO DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD AÑO 2002</b></p>

Colombiana  
de  
Municipios  
**Evaluación**  
**Financiera**  
**Del**  
**Régimen**  
**Subsidiado**  
**De Salud**  
Investigador  
:  
Iván  
Jaramillo  
Pérez  
Noviembre  
de 2003

El año 2002 se caracterizó por ser el primer año de la puesta en operación de la ley 715 de 2001 y por el proceso de preparación de la reforma del Régimen Subsidiado que solo se materializaría en el año siguiente mediante los acuerdos 244 de 2003 y el Decreto 050 del mismo año. La ley 715 de 2001 impacto al Régimen Subsidiado de Salud porque entregó todo el manejo de la contratación y la financiación a los municipios, así como la gestión de los programas de prevención y promoción; y exigió la toma de medidas para simplificar y acelerar el flujo de los recursos financieros.

Específicamente para acelerar el flujo de los recursos se eliminó la intermediación de los Departamentos y los contratos tripartitos (según recomendación del Estudio de la Universidad Nacional), de otra parte se cambiaron los giros bimensuales por mensuales en el Sistema General de Participaciones y se obligó al manejo de todos los recursos en cuentas separadas mediante los Fondos Locales de Salud creados mediante la ley 10 de 1990. En virtud de las facultades extraordinarias otorgadas por esta ley se expidió el Decreto 1281 del 2002 por el cual se estableció el sistema de pago de intereses de mora y se simplificó el sistema de requisitos para el pago de facturas. Como consecuencia inmediata de estas medidas la estructura de cobros de las UPC - S a las entidades territoriales se vio reducida en treinta y seis días, pasando de 166 días en cartera a 130 días según se desprende del análisis de los estados financieros de las siete ESS.

Además se produjo drástico cambio en el manejo de la prevención y promoción y por esta razón se estableció el giro de los recursos de promoción y prevención a los municipios, que el CNSSS, fijo en 4.01 % de la UPC – S, y el impacto registrado en los estados financieros de las ARS significó incrementar los gastos en estos rubros a razón de un + 25% nominal y + 18% real (sin inflación).

Dentro de la reglamentación que se ha expedido durante el año 2003 se encuentra, el Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), el cual incorpora ajustes a la operación del Régimen Subsidiado, sobresaliendo entre otras, la conformación de regiones de aseguramiento, ampliación de los grupos de población prioritaria para la afiliación como los recién nacidos hijos de padres no afiliados, población en condiciones de desplazamiento forzado por la violencia y menores de cinco años. Este mismo Acuerdo modifica el proceso de afiliación y traslado entre las administradoras del Régimen Subsidiado el cual fortalece el derecho a la libre elección y genera mecanismos de control a la asignación de subsidios a la demanda.

Así mismo el Ministerio en conjunto con las entidades territoriales ha avanzado en la conformación de la base de datos única de afiliados al Régimen Subsidiado y en la depuración de multicasos (multiafiliados e información por actualizar), que permita alcanzar una información de calidad y confiabilidad para el sistema; constituyéndose, junto con las bases de datos de población priorizada en un instrumento fundamental en el control a la asignación de los subsidios a la demanda.

No obstante los éxitos conseguidos en el Régimen Subsidiado no se puede ocultar que:

1. Que entre los afiliados hay un 25% de “colados”, no pobres, según el DNP.
2. Que el Fosyga retiene anualmente recursos de solidaridad, en beneficio de Minhacienda, que podrían financiar 668.386 afiliados más.
3. Que la pérdida de cobertura del Régimen Contributivo disminuyó también la cobertura potencial del Régimen Subsidiado en 692.357 afiliados con recursos de solidaridad.
4. Que en forma agregada se han perdido 1´360.000 cupos potenciales en el RS.
5. Que la expansión del Régimen Subsidiado se ha hecho sobre la base de las participaciones constitucionales de los municipios en los ingresos corrientes, las cuales ponen el 70% del financiamiento del RS y el Fosyga el 30% restante.
6. Finalmente hay que advertir del impacto negativo que podría tener el nuevo recorte de las transferencias a los municipios que se está fraguando para cubrir el déficit fiscal y que afectara al Régimen Subsidiado

#### **LA NUEVA DISTRIBUCION DE RECURSOS CON LA LEY 715 DE 2001.**

Desde el año 2002 la norma de distribución de los recursos financieros es la Ley 715 de 2001 y según se observa en la asignación per cápita del SGPT es en el promedio nacional de \$ 27. 216, pero por categoría de municipio se va incrementado progresivamente desde los \$16.377 para la categoría especial hasta llegar \$50.737 para la categoría 6. Quiere decir esto que las asignaciones per cápitas son mas grandes en proporción directa al incremento de la pobreza y del atraso relativo de los municipios de cada categoría, lo cual es un indicador de equidad creciente.

Como resultado de esta distribución, se observa que:

Los municipios categoría especial, 1 y 2 reciben proporciones de los subsidios a la demanda inferiores a las poblaciones que agrupan, pues su población pobre es proporcionalmente menor.

Los municipios categoría 3 expresan el punto de equilibrio pues reciben el 10% de los subsidios y poseen el 10% de la población del país.

Los municipios categorías 4,5 y 6 reciben proporcionalmente más subsidios que la población por ellos agrupada, pues como es lógico la proporción de población pobre es superior. Las diferencias porcentuales a favor son de + 3 puntos más para la categoría 4, así mismo + 7 puntos mas para la categoría 5 y + 8 puntos mas para la categoría 6.

Confirma esta tendencia que resumen la estructura piramidal de los municipios en grandes, medianos y pequeños. Muestra que los municipios grandes reúnen el 41% de la población y reciben el 25% de los subsidios (16 puntos porcentuales menos); los municipios medianos muestran un equilibrio y reciben una porción de los subsidios igual a la población agrupada que es del 34%; finalmente los municipios pequeños son los mas beneficiados y reciben el 41% de los subsidios para el 25% de la población agrupada. Obsérvese que las proporciones son iguales para los intermedios y se invierten para los grandes y pequeños, lo cual otorga una gran simetría a la pirámide de análisis.

	<p>Hasta aquí puede afirmarse sin lugar a dudas que la distribución territorial de los subsidios a la demanda en lo que compete al Sistema General de Participaciones SGPT es altamente equitativa.</p> <p>Esta afirmación no puede hacerse extensiva a las otras fuentes financieras del Régimen Subsidiado: FOSYGA y Rentas Cedidas, las cuales tienen condiciones distintas de equidad-inequidad.</p> <p>Tampoco significa lo anterior que los recursos del Régimen Subsidiado sean suficiente para cubrir la población y su cobertura es estimada por el Ministerio de Salud en un 70% de la población con necesidades básicas insatisfechas NBI.</p> <p><b>Cobertura del RS</b></p> <p>En el año 2001 la cobertura de nuevo avanzó hacia los 11 millones de pobres y según el Informe del CNSSS al Congreso para el año 2002 la afiliación al Régimen Subsidiado era ya de 11.444.003 personas clasificadas por la encuesta del Sistema Nacional de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) en los niveles 1 y 2, o bien, focalizada a través del listado censal, como es el caso de la población indígena y otros grupos vulnerables.</p> <p>Para finales del año 2002 se había terminado de aplicar el Decreto 1804 de 1999 que obligo a generar un proceso de integración entre las diversas ARS y en forma especial de las ESS. . En conjunto para ese año los afiliados representaban una cobertura del 70% de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y correspondían al 46.5% de la población total afiliada al Sistema General de Seguridad Social. Como resultado del proceso de integración las Administradoras del Régimen Subsidiado quedaron reducidas a 43, algunas se fusionaron y 90 más entraron en proceso de liquidación.</p> <p>La población de 11.444.003 personas continuó asegurada en la contratación que se inició el primero de abril de 2003 y finaliza el 30 de septiembre del mismo año. En marzo de 2003 se amplió la cobertura en 323.353 afiliados financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones destinados por la Ley 715. Al finalizar el año 2003 se estima, según el informe al Congreso, que se lograrán 200.000 nuevas afiliaciones financiadas con recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, los cuales se encuentran sujetos a la aprobación de la ley de adición presupuestal que estaba en trámite de presentación a consideración del Congreso de la República. (Documento 26)</p>
--	---

### III. INFORMES JURÍDICOS O TÉCNICOS

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
CEPAL Financia-	<b>Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud</b>

miento del desarrollo  
**Unidad de estudios especiales**  
Secretaría ejecutiva  
Santiago de Chile, mayo de 2001

Las reformas a los sistemas de salud en el mundo, están a la orden del día; los desafíos que enfrentan los formuladores de política en casi todo el país, son bastantes similares: hacer un sistema de salud en el que tanto la financiación como la prestación de servicios de salud sean equitativos; buscar un mejoramiento en la eficiencia tanto en la financiación como en el gasto sectorial; mejorar la calidad de los servicios de salud y lograr sistemas que sean viables y sostenibles financiera y políticamente (Hsiao, 1998). El sistema de salud colombiano es uno de los que han iniciado el camino de la reforma, desde la sanción de la ley 100 de 1993, mediante la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Uno de los aspectos que más preguntas ha generado, es el de la equidad; en este sentido, aunque la cobertura de aseguramiento se incrementó sustancialmente, encontrándose las mayores ganancias en los quintiles de ingresos más bajos, aún no es claro si el acceso efectivo a los servicios de salud ha mejorado de la misma manera, como consecuencia de la mayor cobertura de aseguramiento.

#### **Equidad en el Financiamiento**

Un sistema de salud se considera equitativo en el financiamiento en cuanto a los individuos contribuyen a financiarlo de acuerdo a su capacidad de pago, y sin importar su status de salud; esta faceta de la equidad se refiere pues a la forma como se recolectan los fondos necesarios para sufragar el gasto en salud de un país.

Aunque la creación de nuevas fuentes de financiación fue un logro muy relevante de la reforma, también es importante subrayar el cambio en el flujo de los recursos.

A pesar de que antes de la reforma existía el mismo sistema de aportes proporcionales a los ingresos, y que implicaba una redistribución en la carga financiera entre enfermos y sanos y entre ricos y pobres, el nuevo sistema busca incrementar el efecto redistributivo mediante la creación del punto de solidaridad. En efecto, una doceava parte del aporte de los empleados para la seguridad social en salud se canaliza vía fondo de solidaridad, (Subcuenta de solidaridad) hacia el financiamiento de la población sin capacidad de pago, lo que se constituye en la innovación más importante del nuevo esquema de seguridad social en salud.

No obstante, el financiamiento del nuevo sistema de salud no está garantizando, y no es posible asegurar que en el año 2001, tal como lo prevé la ley 100 de 1993, la totalidad de la población esté en alguno de los dos sistemas de aseguramiento, bien sea en el Régimen Contributivo en caso de los trabajadores formales, pensionados e independientes con capacidad de pago y sus respectivos grupos familiares, o bien en el Régimen Subsidiado en el caso de los trabajadores informales, independientes sin capacidad de pago o desplazados y sus respectivos grupos familiares. Ni aun transformando la totalidad de los subsidios de oferta en subsidios de demanda se lograría obtener los recursos necesarios para la cobertura universal, pues por una parte se tendrían que dejar los hospitales públicos sin ningún tipo de subsidio

de oferta, y por otra parte aún queda una proporción importante de población que no califica para el régimen subsidiado pero tampoco tiene ingresos suficientes para acceder al régimen contributivo.

#### **Problemas en la focalización de subsidios**

Para la identificación y selección de beneficiarios de programas sociales se diseñó un instrumento conocido con el nombre de SISBEN, el cual, mediante una encuesta que se aplica en familias, y con base en ello asigna unos puntajes; para el caso específico de salud, el gobierno establece el puntaje por debajo del cual la familia es elegible para recibir un subsidio que equivale a la prima del seguro, con el cual la familia se afilia a alguna Administradora del Régimen subsidiado; la aplicación del instrumento SISBEN es requisito para la afiliación al régimen subsidiado. No obstante lo anterior, se han presentado inconvenientes; desde el inicio de su aplicación, la desigual capacidad de gestión entre los departamentos y municipios del país para aplicar el SISBEN dio lugar a que los departamentos y municipios más desarrollados y con mejor capacidad de gestión, aplicaran primero el instrumento y accedieran en mayor proporción a los recursos disponibles. De otra parte, se presentaron problemas con la calidad de la información en el proceso de aplicación del SISBEN, que dieron lugar que muchas familias no pobres fueran clasificadas como pobres (falsos positivos), y a la inversa, que muchas familias que eran realmente pobres no fueran clasificadas como tales (falsos negativos).

La manipulación en la aplicación de la herramienta con fines políticos también ha influido en los malos resultados. En este sentido, un informe de la Contraloría General de la República (1999) llama la atención sobre las irregularidades en el proceso de identificación y calificación de los pobres, lo que ha permitido que personas no elegibles obtengan subsidios en salud.

<p>Documento Conpes 3204.</p> <p><b><u>Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto o social en salud y asignación de recursos del presupuesto o general de la nación para la modernización de los hospitales públicos</u></b></p> <p>Noviembre 6 de 2002</p>	<p><b>La Crisis hospitalaria</b></p> <p>La crisis hospitalaria ha sido la constante antes y después de la reforma introducida con la ley 100 de 1993. las principales causas que tienen hoy a la mayoría de los hospitales públicos ante una grave situación financiera son resultado de situaciones y manejos que no pasan sólo por la eventual falta de financiación, sino por diferencias de gestión financiera y administrativa por parte de estos. Como consecuencia, los hospitales públicos vienen acumulando grandes pasivos y déficit en los últimos años. Entre los principales pasivos se cuentan las obligaciones laborales que incluyen prestaciones sociales, las deudas con proveedores de bienes y servicios, y las obligaciones financieras, parafiscales e impositivas.</p> <p>El imponente crecimiento del gasto hospitalario es especialmente grave porque el sector asigna hoy más recursos a los hospitales públicos que antes de la reforma a pesar de que más de la mita de la población pobre se encuentra hoy afiliada al régimen subsidiado. Esta situación genera un deterioro claro en la eficiencia conjunta del sector hospitalario público que se ve reflejada en el aumento del valor per cápita de los subsidios de oferta, al tiempo que disminuye el número de personas a atender con estos recursos debido a su afiliación al régimen subsidiado.</p> <p><i>(Documento 31 )</i></p>
<p>Documento Conpes 74 Departamento Nacional de Planeación</p> <p><b><u>Ajuste a la distribución de los recursos del sistema general de participación.</u></b></p> <p>Noviembre</p>	<p><b>Ajuste a la distribución de los recursos del Sistema General de participación para la salud, aprobada en los documentos Conpes Social 68 y 69 de 2.003, en el componente de prestación de servicio a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.</b></p> <p>Justificación del ajuste propuesto.</p> <p>Los ajustes a la distribución de los recursos del SGP para la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se realizara a partir del ajuste a la información certificada por el Ministerio de la Protección Social al departamento Nacional de Planeación (DNP), con base en lo señalado por el artículo 86 de la Ley 715 de 2001.</p> <p>Los ajustes así realizados ocasionan que la compensación de que trata el artículo 1, parágrafo 2, del decreto 102 de 2003, deba ser menor en algunos casos, y por lo tanto el monto excedente disponible para redistribuir entre las</p>

<p>4 de 2003</p>	<p>entidades territoriales, sea mayor.. Estos recursos se redistribuyen con la misma metodología utilizada en los Conpes Social 68 y 69 de 2003, y deben ser destinados por las entidades territoriales en la prestación de servicios para la población en lo no cubierto con subsidio a la demanda. (Documento 30)</p>
<p>Documento CONPES 077 del 26 de enero del 2004</p> <p>Departamento Nacional de Planeación</p> <p><b><u>Distribución del Sistema General de Participaciones vigencia 2004</u></b></p>	<p><b>DISTRIBUCIÓN SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES 2004</b></p> <p>Para efectos de la distribución entre los diferentes componentes que conforman el Sistema General de Participaciones, se aplican las disposiciones previstas en la Ley 715 de 2001. Así, del total de recursos que conforman el Sistema General de Participaciones se deduce un 4% para asignaciones especiales: 0.52% para resguardos indígenas, 0.08% para municipios ribereños del río Magdalena, 0.5% para programas de alimentación escolar 2.9% para el Fondo de Pensiones de las Entidades Territoriales –FONPET–. Una vez realizadas estas deducciones se efectúa la distribución sectorial prevista en el artículo cuarto de dicha Ley, así: 58,5% para educación, 24,5% para salud y 17% para propósito general. De esta manera se realizó la distribución por componente para 2004.</p> <p><b>Subsidios a la Demanda – Ampliación de Coberturas:</b></p> <p>El Conpes Social, con base en el artículo 1° del decreto 177 de 2004, distribuirá los recursos correspondientes a este componente una vez se disponga de la información necesaria para el cálculo de la población pobre por atender previsto en este documento para la distribución definitiva del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Lo anterior debido a que la determinación del indicador de equidad necesario para su distribución, se basa en dicha población.</p> <p><b>Subsidios a la Demanda – Continuidad de Coberturas:</b></p> <p>Los recursos para este componente ascienden a \$1.430.990.3 millones. Este monto se divide por la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda en la vigencia 200316, lo cual asciende a 11.363.057 personas. Así, se obtiene un valor por afiliado de \$165.933,5 que se multiplica por la población atendida de cada entidad territorial para encontrar el valor asignado por este componente</p> <p>Los recursos distribuidos de esta manera, serán ejecutados por cada municipio y distrito; los departamentos ejecutarán recursos de este tipo sólo en el caso de los corregimientos. (Documento 29)</p>

**Informe anual del consejo nacional de seguridad social en salud** a las comisiones septimas de senado de la republica y cámara de representantes 2002 - 2003

Bogotá  
D.C., Julio  
de 2003

## **RÉGIMEN SUBSIDIADO**

### **Afiliación**

Se destaca en esta vigencia la garantía, entre continuidad y ampliación de cobertura, de la afiliación al Régimen Subsidiado de 11.444.003 personas clasificadas por la encuesta del Sistema Nacional de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) en los niveles 1 y 2 y focalizada a través del listado censal como es el caso de la población indígena y otros grupos vulnerables, los cuales representan una cobertura del 70% de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)<sup>2</sup> y corresponden al 46.5% de la población total afiliada al Sistema General de Seguridad Social. Esta población continuó asegurada en la contratación que inició el primero de abril de 2003 y finaliza el 30 de septiembre del mismo año.

En marzo de 2003 se amplió la cobertura en 323.353 afiliados financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones destinados por la Ley 715. La distribución por entidad territorial se presenta en el cuadro siguiente.

Al finalizar el año 2003 se estima que se lograrán 200.000 nuevas afiliaciones financiadas con recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, los cuales se encuentran sujetos a la aprobación de la ley de adición presupuestal que se presentará a consideración del Congreso de la República.

### **Entidades responsables del Aseguramiento en el Régimen Subsidiado**

La población afiliada al Régimen Subsidiado está asegurada en cuatro (4) tipos de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) durante el período 2002 - 2003; Empresas Promotoras de Salud (E.P.S.), Empresas Solidarias de Salud (ESS), Cajas de Compensación Familiar (CCF) y EPS indígenas, estas últimas autorizadas por la Ley 691 de 2001. Es importante precisar que algunas de las Cajas de Compensación se agruparon a través de la figura de unión temporal.

### **Financiamiento del Régimen Subsidiado**

Para la afiliación de la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado durante el período 2002 - 2003 se invirtieron \$2.137.556 millones, de los cuales la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA aportó el 29.48% y las Cajas de Compensación Familiar (Recursos del Artículo 217 de la Ley 100 de 1993) el 0.58%. El porcentaje restante, correspondió a transferencias de la Nación, que alcanzaron un 67.99% y recursos de esfuerzo propio de las entidades territoriales con un 1.95%.

En aplicación de la Ley 715 de 2001, el Departamento Nacional de Planeación asignó para el año 2003 mediante el Documento CONPES 065 la doceava restante del año 2002 por valor de \$109.642.727.650 y el CONPES 068 el valor de \$1.343.779.083.519 de los recursos del Sistema General de Participaciones, la sumatoria de estos recursos corresponde al total de presupuesto para el año 2.003.

	<p>El C.N.S.S.S. mediante Acuerdo 243 aprobó un presupuesto de gastos de la subcuenta de solidaridad por valor de \$641.914.546.000 el cual incluye además de los \$630.084 millones para la cofinanciación de la continuidad de los afiliados a partir del 1° de abril del presente año, la transferencia al régimen contributivo para financiar la afiliación de las madres comunitarias en cumplimiento de la ley 509 de 1999, el pago de tutelas así como otros conceptos de gasto de acuerdo con las normas vigentes. Mediante la Resolución 0316 del 17 de marzo de 2.003, el Ministerio de la Protección Social asignó por Entidad Territorial \$324.917.583.595,68 para financiar la vigencia contractual abril – septiembre del 2003.</p> <p><b>Nueva regulación en el Régimen Subsidiado</b></p> <p>Dentro de la reglamentación que se ha expedido este año se encuentra, el Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (C.N.S.S.S.), el cual incorpora ajustes a la operación del Régimen Subsidiado, sobresaliendo entre otras, la conformación de regiones de aseguramiento, ampliación de los grupos de población prioritaria para la afiliación como los recién nacidos hijos de padres no afiliados, población en condiciones de desplazamiento forzado por la violencia y menores de cinco años. Este mismo Acuerdo modifica el proceso de afiliación y traslado entre las administradoras del Régimen Subsidiado el cual fortalece el derecho a la libre elección y genera mecanismos de control a la asignación de subsidios a la demanda.</p> <p>Con el objetivo de incrementar las coberturas en el Régimen Subsidiado se está gestionando la consecución de nuevos recursos para el sistema que permitan garantizar la sostenibilidad de la ampliación de coberturas en zonas deprimidas, como es el caso de las zonas de rehabilitación y los municipios que cuentan con coberturas por debajo del promedio nacional.</p> <p>Así mismo el Ministerio en conjunto con las entidades territoriales ha avanzado en la conformación de la base de datos única de afiliados al Régimen Subsidiado y en la depuración de multicasos (multiafiliados e información por actualizar), que permita alcanzar una información de calidad y confiabilidad para el sistema; constituyéndose, junto con las bases de datos de población priorizada en un instrumento fundamental en el control a la asignación de los subsidios a la demanda; se espera el ingreso de nuevos afiliados, una vez se aplique el procedimiento previsto en el Acuerdo 244 del CNSSS para la solución de los casos de multiafiliación por cuanto se liberan subsidios. (Documento 25)</p>
--	--

#### IV. CONCEPTOS Y ESTUDIOS TÉCNICOS

##### a. Estudio Técnico

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Estudio Técnico de la ARD <b>Propuestas</b>	<b>Plan de salud para los municipios pequeños, pobres, atrasados y alejados</b>  <b>Principales problemas del régimen subsidiado</b>

**de políticas  
publicas  
para el  
sector  
salud en  
beneficio  
prioritario  
para los  
Municipios  
pequeños,  
pobres y  
alejados.**

Investigador:

Del análisis anterior, sobre la situación de salud y de los subsidios en los municipios pequeños y pobres, la conclusión inicial es que hay en términos generales equidad financiera e inequidad en el estado de salud sobre todo frente a las muertes evitables. En razón de lo anterior se concluye que en lugar de pedir mas recursos ente todo se necesita más eficacia y eficiencia en el manejo de los recursos existentes y esto pasa por la reformulación de las políticas públicas para el sector salud en beneficio prioritario para los municipios pequeños, pobres y alejados.

**Primera propuesta:** hacia una reforma del régimen subsidiado de salud

La creación del régimen subsidiado de salud es a no dudarlo un gran logro pues hoy agrupa a 11.7 millones de personas pobres, con gran presencia en los municipios pequeños y pobres, que tienen garantizado el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, hay problemas que pueden ser corregidos.

**Entre ellos se cuentan:**

La no democratización de las ARS. Algunas entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) se han convertido en muchos casos en intermediarias muy centralizadas y con ánimo de lucro, incluso las cooperativas existentes por lo general son estructuras de segundo orden que impiden la participación directa de los afiliados. Además, el ánimo de lucro puede convertir a las ARS en retenedoras de recursos y en negadoras de servicios a la comunidad para poder salvaguardar su rentabilidad.

Las moras en los Pagos. Como consecuencia de lo anterior los hospitales, profesional y prestadores de servicios se quejan de las moras en los pagos, hasta tal punto que quienes prestan los servicios se han convertido en prestamistas o financiadores del sistema, cuando en realidad debería ser al contrario. El caso es mas grave en los municipios pequeños y apartados en donde los prestadores deben recurrir a instancias nacionales de la gerencia de las ARS para cobrar sus cuentas.

**Como correctivos se propone:**

Cambiar el régimen de propiedad y dirección de las ARS. Si pretender reducir el tamaño de las ARS, se propone que las ARS se conviertan en entidades cuyos reales propietarios sean los afiliados y los prestadores de los servicios y que se opere en alianza estratégica con los hospitales (de hecho existen ya buenos ejemplos). Quizás lo más adecuado sea que los afiliados sean los propietarios como mínimo del 51% del patrimonio y que participen en forma directa del poder de decisión, y que los hospitales, profesionales y otros prestadores sean propietarios directos como máximo del 49% del patrimonio y del poder de decisión real. El modelo propuesto no niega el interés del lucro pero si se cambia los beneficiarios del lucro.

Establecer un sistema de anticipos. Que las ARS otorguen anticipos a los hospitales profesionales y a otros proveedores para que estos financien cómodamente la prestación de los servicios, de tal forma que mensualmente reciban un pago de parte de las ARS quizás del 60% de los servicios estimados que se prestaran en el mes y que posteriormente, a la presentación

de las facturas, reciban el 40% restante.

Sustituir los subsidios de oferta. Actualmente los hospitales públicos deben recibir los denominados subsidios de oferta para atender a la población no asegurada, estos subsidios equivalen a un 40% del gasto público en salud. Se propone que los hospitales que acepten ser socios de las ARS y que reciban anticipos renuncien progresivamente a los subsidios de oferta con el fin de utilizar esos recursos para ampliar la cobertura en el régimen subsidiado.

**Segunda propuesta:** autorizar y simplificar el funcionamiento de las redes públicas en los municipios pequeños.

La Ley 100 de 1993 creó la figura de las Empresas Sociales del Estado como la estructura jurídica para que operaran los hospitales en forma más eficiente y competitiva. Desafortunadamente la norma estableció requisitos administrativos muy útiles en los grandes hospitales pero que resultan muy costosos de cumplir en los hospitales pequeños y del primer nivel de atención. Existen exigencias de personal administrativo excesivo para hospitales pequeños y hay procesos de facturación de los servicios muy complejos.

Posteriormente los decretos que regulan el sistema de garantía de la calidad de los hospitales y sus requisitos esenciales o estándares de calidad, han resultado ser requerimientos muy difíciles y costosos de cumplir en los hospitales pequeños, pobres y apartados.

De otra parte la Ley 100 y sus decretos reglamentarios exigieron la nivelación salarial de todos los cargos en todos los hospitales del país, obligando a pagar iguales escalas salariales en los municipios pequeños y en las capitales, lo cual creó un sobre costo imposible de ser sufragado por los municipios pequeños, pobres y aislados.

Finalmente la Ley 715 prohibió la operación de redes de servicios públicas de primer nivel en municipios que no habían logrado certificarse en el año 2001; no obstante lo cual en muchos de los 500 municipios no certificados aun siguen operando en forma irregular (o con medidas contractuales sustitutivas) hospitales y puestos de salud que no han sido recibidos por los departamentos según lo exigía la ley. Mientras tanto en otros municipios muchos centros y hospitales se debieron cerrar.

Por cualquiera de estas razones se ha vuelto imposible que en los municipios pequeños opere una red de servicios pública; y la situación se empeora cuando el sector privado no encuentra rentable garantizar servicios de salud en esas localidades.

Esta situación amerita una intervención que genere un cambio normativo en beneficio de las redes públicas de los municipios pequeños pobres y marginados, lo cual implica:

Autorizar redes públicas en municipios pequeños. Para tal efecto es necesario modificar el artículo de la Ley 715 que impide poner en funcionamiento redes públicas de primer nivel de atención.

Simplificar las normas de las ESE para municipios pequeños. Por vía de la

	<p>modificación de la ley o la expedición de decretos especiales, conseguir una simplificación de las normas administrativas (facturación y personal administrativo) de las Empresas Sociales del Estado para los municipios pequeños.</p> <p>Simplificar requisitos esenciales para municipios pequeños. Conseguir vía decreto, la simplificación de los requisitos técnicos esenciales o estándares de calidad para que operen las redes de servicios en los hospitales de los municipios pequeños.</p> <p>Flexibilizar escalas salariales y crear incentivos. Modificar por la vía de ley y de los decretos la nivelación salarial y conseguir la derogación de las escalas salariales únicas en el país, dejando flexibilidad en los municipios pequeños, pobres y aislados. A cambio se debe generar un sistema de estímulos económicos por productividad (dentro de un plan de racionalización que evite excesos) y de incentivos sociales para los profesionales y empleados que presten sus servicios en los municipios pobres, pequeños y aislados.</p> <p>Mantener parcialmente subsidios de oferta. Garantizar un mínimo de subsidios de oferta para garantizar su operación sobre todo cuando la atención de urgencia debe estar disponible las 24 horas.</p> <p><i>(Documento 27)</i></p>
--	--

#### b. Conceptos Gobierno

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Dr. Diego Palacio Betancourt</p> <p><b><u>Ministro de la Protección Social</u></b></p> <p>Abril 24 del 2004</p> <p>Fuente: Gobierno en Línea</p>	<p>La población indígena y los desplazados en zonas de rehabilitación van a tener un tratamiento especial este año.</p> <p>Existen para esta comunidades para poderles dar su carné de subsidiado un mecanismo de información diferente que nos hace llegar a nosotros la información de los distintos cabildos indígenas a través del Ministerio del Interior, la Oficina de Indígenas informa cual es su población para poder acceder al régimen subsidiado.</p> <p>En cuanto a la población indigente, los alcaldes son los encargados de hacer la lista de las personas para que les pueda llegar el Sisben.</p> <p><b>¿Que deben hacer las personas para ser atendidas en los hospitales sino tienen carné del Sisben.?</b></p> <p>Pueden acercarse a la red pública cuando requieran los servicios y hacen parte de una población que nosotros llamamos vinculados y solicitan el servicio, se les presta y el hospital se lo factura al ente territorial, Departamento o Municipio dependiendo del nivel de complejidad que tenga ese servicio.</p> <p><b>¿Cual es el objeto para este año del Régimen Subsidiado?.</b></p> <p>El gobierno en población (priorizados como los indígenas o en la antigua zona de distensión), este año a diferencia de los anteriores se va hacer un incremento de por lo menos 1.500.000 cupos. Estamos priorizando que</p>

ningún municipio del país por debajo del 50% de cobertura, este es un avance significativamente grande.

### **Inconvenientes del Regimen Subsidiado**

Dentro de este tema encontramos que hay multivinculación o lo que conocemos como multifiliación, que quiere decir por ejemplo que Diego Palacio esta en varias listas de distintas ARS, en el fondo yo no puedo tener acceso a más servicio, lo que estoy haciendo es quitándole la oportunidad a otro colombiano para que venga a ocupar ese puesto además que yo estoy ocupando en la lista. Otro problema es la mala calidad de atención que en algunas zonas las ARS están prestando a los usuarios, esto se debe entre otras cosas a que tenemos una población con poca información sobre los derechos que poseen, se presenta otra dificultad y es que en las Alcaldías no han actualizado las bases de datos de los afiliados entonces por ejemplo en un municipio hay 4.000 afiliados y la base de datos que nos envían solo reporta 1.800 a 2000, necesitamos que los Alcaldes muy ayudados por la población nos envíen la información completa para poder hacer los hilos de los recursos necesarios.

Que pasa cuando los alcaldes se atizan en la encuesta del Sisben?

Este gobierno desidio hacer una actualización del Sisben y lo hemos hecho en algunos Municipios, aspiramos que en junio la totalidad de los Municipios tengan actualizado el Sisben.

### **Que pasa con los Municipios que no lo Hagan?**

Van a tener problemas en el traslado de los recursos del gobierno central a los Municipios y eso no es bueno, por eso uno de los objetivos primordiales de los alcaldes en los municipios es buscar la actualización del Sisben, se prevé que para el 30 de junio este totalmente terminada la sisbenización en el país.

El Director Nacional de Plantación Dr. Santiago Montenegro, manifestó que si los Municipios no envían la información, es decir los formularios debidamente diligenciados con la información que se requiere no van a recibir los recursos entonces no solo los hospitales no van a recibir la plata sino que una parte de la población más pobre del país se va a quedar sin esos recursos.

Hasta este momento esta para desembolsarse el 60% de los recursos que van a los hospitales para los vinculados que son la población por atender, el otro 40% esta sujeto al nuevo Sisben.

### **Proceso de Resisbenización.**

1) los Alcaldes deben firmar los convenios con Plantación Nacional, departamental y luego se entra a capacitar a las personas que van a realizar la encuesta.

2) se giran los recursos para iniciar el proceso de resisbenización.

3) se manda la información a Planeación para que plantación realice el cruce de las bases de datos entre el Ministerio de la Protección Social y Plantación Nacional para tener actualizado la resisbenización y la afiliación en el régimen

	subsidiado. 4) Firmar los contratos entre los Municipios y las ARS.
--	--

## Jurisprudencia

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Sentencia T-549 de 29 de julio de 1999.	<p><b>Corte Constitucional</b>  <b>Magistrado Ponente:</b> Dr. Carlos Gaviria Díaz  <b>Demandante:</b> JOSÉ LEONIDAS CAMACHO SIERRA  <b>Problema jurídico planteado</b>            (Cobertura, POS)</p> <p>Manifiesta el accionante que esta afiliado a Unimec S.A., desde el primero de septiembre de 1996, y como tal fue atendido por el médico Francisco Lizarazo Niño, a solicitud del Hospital Erasmo Meoz, (de la ciudad de Cúcuta) quien le ordenó un Tac de cráneo simple y contrastado, que la referida entidad de salud se negó a autorizar, por no estar incluido en el Plan Obligatorio de Salud.</p> <p><b>Consideraciones de la Corte</b>            En efecto, tal como se expuso en un proceso similar fallado recientemente por esta misma Sala en este tipo de casos, la ARS de que se trate se encuentra, en principio, sometida a las disposiciones contenidas en el artículo 31 del decreto 806 de 1998, que establece:</p> <p>"Artículo 31.- Prestación de servicios no cubiertos por el POS subsidiado. Cuando el afiliado al régimen subsidiado requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS y no tenga capacidad de pago para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes".</p> <p>Igualmente, como se señaló en dicha ocasión, en casos como el que ocupa la atención de la Corte, la jurisprudencia constitucional ha estimado que, principios elementales de igualdad sustancial y de tratamiento especial a las personas en situación de debilidad manifiesta (C.P. artículo 13) imponen a la ARS el deber de informar al afiliado que solicita la prestación de un servicio no incluido en el POS del régimen subsidiado acerca de las posibilidades de atención que le brinda el artículo 31 del decreto 806 de 1998. Adicionalmente, la Corte ha considerado que la entidad, además de la información antes señalada, debe sugerir al afiliado que se dirija a las autoridades municipales o distritales de salud con el fin de que éstas le informen qué instituciones públicas o privadas que hayan suscrito contrato con el Estado se encuentran</p>

	<p>en capacidad de dispensarle el servicio de salud que requiere.</p> <p><b>Resuelve</b></p> <p>Primero. REVOCAR la sentencia de ocho de marzo de 1999, proferida por el Juzgado 3° Civil del Circuito de Cúcuta, y tutelar los derechos fundamentales a la igualdad y a la salud del señor JOSE LEONIDAS CAMACHO SIERRA.</p> <p>Segundo. ordenar al Gerente Regional de Unimec E.P.S. S.A. que, en el término de cuarenta y ocho (48) horas a partir de la notificación de esta sentencia, informe al actor las posibilidades que para la atención de su salud se derivan del régimen contemplado en el artículo 31 del Decreto 806 de 1998.</p> <p>Tercero. ORDENAR a la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cúcuta que, en el término de cuarenta y ocho (48) horas a partir de la notificación de esta sentencia, informe a JOSÉ LEONIDAS CAMACHO SIERRA, con cédula 1.954.130 de Duranía (Norte de Santander) qué entidades públicas o privadas de la ciudad de Cúcuta que tengan contrato con el Estado están en capacidad de practicar el examen de TAC de cráneo simple y contrastado.</p> <p>Cuarto. ORDENAR a Unimec que coordine la práctica del TAC requerido por el actor, con la entidad que finalmente deba practicar el examen . Lo anterior deberá hacerse sin dilaciones ni omisiones injustificadas, siempre que se cumplan los requisitos normativos vigentes y se observe el procedimiento establecido.</p> <p>Quinto.- LÍBRESE comunicación al Juzgado 3° Civil del Circuito de Cúcuta, con miras a que se surta la notificación de esta providencia, según lo establecido en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991. (Documento 24)</p>
<p>Sentencia T-177 de 18 de marzo de 1999.</p>	<p><b>Corte Constitucional</b>  <b>Magistrado Ponente:</b> Dr. Carlos Gaviria Díaz  <b>Demandante:</b> Y  <b>Problema Jurídico planteado</b>  (Derecho a la vida, igualdad, principio de solidaridad y atención básica en salud.)</p> <p>El 3 de septiembre de 1998, el señor X, actuando como agente oficioso del señor Y, interpuso acción de tutela contra la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, ante la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, por considerar que aquélla ha violado los derechos fundamentales a la dignidad (C.P. art. 1°), a la vida (C.P. art. 11), y a la igualdad (C.P. art. 13) de su agenciado, quien se encontraba recluso en la sección de urgencias del Hospital Departamental de la ciudad de Cali, por padecer del virus de SIDA.</p> <p>El actor señaló que, el día 31 de agosto de 1998, intentó internar a Y en el hospital antes mencionado a través del servicio de urgencias. Sin embargo, la hospitalización fue negada, "por no contar con los recursos económicos para cubrir los gastos".</p>

Según el demandante, tiempo antes, Y fue encuestado por el SISBEN, "pero no calificó porque el sitio donde vive de alquiler (una pieza) está en buen estado".

### **Consideraciones de la Corte**

Es claro entonces que en casos como el que se revisa, el interés general no está enfrentado con el interés particular del enfermo de sida que reclama las prestaciones asistenciales a las que la Carta Política le reconoce derecho; además, que el juez de tutela sí está llamado a solucionar con sus órdenes esta clase de violaciones de los derechos fundamentales.

De esta manera, resulta claro que es el sistema de distribución del gasto público en materia de política social en salud, el que se debe adecuar a la específica situación de debilidad manifiesta de los enfermos que sufren de afecciones epidémicas como el sida, y no éstos a la regulación administrativa. En este caso, tanto el ordenamiento constitucional como su desarrollo legal (Ley 100 de 1993), reconocen como beneficiario del servicio público de la seguridad social en salud a quién, como a Y, se le diagnostica una enfermedad epidémica -o catastrófica-, y mortal, y no es afiliado al Sistema General de Seguridad Social por carecer de recursos económicos para contribuir, o para costear su tratamiento. El costo de la atención de ese derecho, y las obligaciones patrimoniales que se generan por el diagnóstico y el tratamiento de estos enfermos, fue objeto de consideración en la sentencia SU-480/97 antes citada; y como es evidente que dos años después de dictada ésta, se siguen violando los derechos fundamentales de estas personas, y las autoridades responsables de esas violaciones siguen aduciendo como justificación para haber actuado de esa manera la misma razón reglamentaria: el artículo 9° del Acuerdo No. 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para hacer que en este caso de incompatibilidad entre una norma reglamentaria y la Constitución, se respete no sólo la supremacía de la norma constitucional (art. 4), sino la de los derechos fundamentales de todos (C.P. art. 5), se ordenará al CONPES que proceda a revisar, dentro de los tres (3) meses siguientes a la notificación de este fallo, el sistema de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado de la seguridad social en salud (Ley 100/93 arts. 211-217), a fin de garantizar que su aplicación no dé como resultado, la violación sistemática de los derechos fundamentales de los titulares de ese derecho que, enfermos, no pueden pagar por el diagnóstico y tratamiento de la clase de enfermedad epidémica que sufrió Y.

### **Resuelve:**

Primero. CONFIRMAR la sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali del 15 de septiembre de 1998, únicamente por haber sobrevenido la muerte de Y durante el trámite del proceso que se revisa, y haberse configurado la consiguiente carencia actual de objeto.

Segundo. PREVENIR al representante legal del Hospital Universitario del Valle para que esa institución no vuelva a negarle a los enfermos de sida que carecen de medios económicos para pagar por su tratamiento y no son

	<p>afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la atención médica que requieren, so pena de las sanciones previstas en el Decreto 2591 de 1991 para el desacato.</p> <p>Tercero. PREVENIR al Secretario Municipal de Salud Pública de Cali para que no vuelva a negar la calidad de beneficiarios del sistema subsidiado de seguridad social, a quienes, siendo pobres, constitucionalmente tienen derecho a una protección especial en materia de salud, so pena de las sanciones previstas en el Decreto 2591 de 1991 para el desacato.</p> <p>Cuarto. ORDENAR al CONPES que proceda a revisar, dentro de los tres (3) meses siguientes a la notificación de este fallo, el sistema de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado de la seguridad social en salud (Ley 100/93 arts. 211-217), a fin de garantizar que su aplicación no dé como resultado, la violación sistemática de los derechos fundamentales de los titulares de ese derecho que, enfermos, no pueden pagar por el diagnóstico y tratamiento de la clase de enfermedad epidémica que sufrió Y.</p> <p>Quinto. COMUNICAR esta providencia al Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, para los efectos previstos en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991. (Documento 22)</p>
<p>Sentencia C-1489 de 2 de noviembre del 2000.</p>	<p><b>Corte Constitucional</b>  <b>Magistrado ponente:</b> Dr. Alejandro Martínez Caballero  <b>Demandante:</b> Ballesteros B. Carlos A.  <b>Problema jurídico planteado</b></p> <p><b>(ARS, UPC-S)</b>  El demandante y varios intervinientes consideran que los artículos 215 y 216 de la ley 100 de 1993, establecen una intermediación obligatoria de las ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado) en la gestión del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud (de ahora en adelante RS), que genera un sobre costo en el sistema, ya que buena parte de los recursos se quedan en las arcas de dichas administradoras. Según su parecer, esta situación desconoce los principios de eficiencia y universalidad que orientan la seguridad social, pues esos gastos son innecesarios, generan corrupción y representan un obstáculo para que la seguridad social en salud logre una cobertura progresiva para toda la población colombiana. Además, argumentan estos intervinientes, la transferencia de esos dineros para las ARS implica una desviación de esos fondos, que vulnera el mandato constitucional según el cual los recursos de las instituciones de la Seguridad Social no pueden ser destinados a fines diferentes a ella (CP art. 48).</p> <p><b>Consideraciones de la corte</b></p> <p>Se ha mostrado que los cargos del actor contra las disposiciones acusadas no son de recibo. En tales circunstancias, como el demandante formula un ataque general contra esos dos artículos, pues cuestiona que éstas prevean la existencia de entidades intermediarias en el RS, pero no ataca en concreto el resto del contenido normativo de esas disposiciones, y la Corte ha encontrado que ese cargo general no tiene fundamento, entonces lo procedente en el</p>

	<p>presente caso es limitar el alcance de la cosa juzgada. En efecto, conforme a reiterada jurisprudencia, no corresponde a la Corte estudiar oficiosamente la constitucionalidad de las leyes ordinarias sino examinar las normas específicas que sean demandadas por los ciudadanos (CP art. 241). Por ello, cuando existe una acusación general, por razones materiales o de procedimiento, contra un cuerpo normativo, pero no un ataque individualizado contra cada uno de los apartes que lo integran, la vía procedente es limitar el alcance de la cosa juzgada constitucional, en caso de que la acusación no prospere. En tales eventos, debe la Corte declarar la constitucionalidad de la disposición pero precisando que la cosa juzgada es relativa, por cuanto sólo opera por los motivos analizados en la sentenci. Por tal motivo, los artículos 215 y 216 de la ley 100 de 1993, serán declarados exequibles, pero únicamente en relación con los cargos formulados por el actor.</p> <p><b>Resuelve:</b></p> <p>Declarar EXEQUIBLES los artículos 215 y 216 de la ley 100 de 1993, pero sólo respecto de los cargos formulados por el actor. (Documento 23)</p>
<p>Sentencia C-274 de 18 de abril de 2002.</p>	<p><b>Corte Constitucional</b>  <b>Magistrado Ponente:</b> Dr. Rodrigo Escobar Gil  <b>Demandante:</b> Luz Dary Nieto Salas.  <b>Problema jurídico planteado</b>  (Afiliación, ARS y derecho a la vida, seguridad social.)</p> <p>Manifiesta la accionante que interpuso acción de tutela contra la Secretaría de Salud del Municipio de Barrancabermeja, por considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la seguridad social, a la salud, a la vida y a la igualdad, en razón a que la entidad demandada no la ha afiliado a una Administradora del Régimen Subsidiado.</p> <p><b>Consideraciones de la Corte</b></p> <p>Se trata pues de una persona perteneciente al SISBEN en el Nivel 2 de pobreza, que no tiene la asignación a una A.R.S. Sin embargo, según lo tiene definido la jurisprudencia de esta Corporación, el hecho de carecer de una ARS, no impide que puede hacer valer sus derechos fundamentales. “Una persona que ya está vinculada, así se le diga que es potencialmente beneficiaria, tiene derecho a que el Sisben principie a tratarla, el tratamiento iniciado no puede quedar trunco porque esto también atentaría contra la buena fe del beneficiario o potencial beneficiario. Esto hace parte del principio de la confianza legítima que permite conciliar, en ocasiones, el interés general y los derechos de las personas 1. Esa confianza legítima se fundamenta en los principios de la buena fe (artículo 83 C.P.), seguridad jurídica (arts. 1º y 4 de la C.P.), respeto al acto propio 1 y adquiere una identidad propia en virtud de las especiales reglas que se imponen en la relación entre administración y administrado.” (T-961 de 2001, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra).</p> <p>Ahora bien, el diagnóstico de la patología que aqueja a la accionante, según se aprecia en el expediente (folio 3) es de carcinoma ductal del seno</p>

	<p>izquierdo, sin embargo, no se aprecia en ninguno de los datos referidos en la demanda, que la entidad accionada hubiese vulnerado derecho alguno de la accionante, puesto que ésta puede exigir la prestación del servicio de salud y el suministro de cualquier tratamiento, al Hospital González Valencia de la ciudad de Bucaramanga, (quien actualmente la atiende, según afirmación de la propia accionante) con cargo a los convenios para atención de vinculados entre ese Hospital y el Departamento, o a cualquier institución de salud pública que tenga contrato con el Estado para ese efecto, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta. (artículo 49 del Acuerdo 77 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud). Lo anterior, dada su calidad de vinculada y que poseyendo igualmente carné del Sisben, puede obtener el 90% del subsidio en la atención.</p> <p>No obstante lo anterior, y a pesar de lo expuesto, la Sala requerirá a la Secretaría de Salud del Municipio de Barrancabermeja para que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de este fallo, se inicien las diligencias pertinentes para la asignación de una A.R.S. a la accionante, de acuerdo a los cupos disponibles para ello, y teniendo en cuenta que padece de una enfermedad catalogada de ruinosa y catastrófica cuya atención no puede ser suspendida. 1 Mientras ello sucede, en aras de preservar el principio de continuidad en el servicio, la atención seguirá siendo prestada por los Hospitales San Rafael de la ciudad de Barrancabermeja y González Valencia de Bucaramanga.</p> <p><b>Resuelve</b></p> <p>Primero. CONFIRMAR la sentencia proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Barrancabermeja.</p> <p>Segundo. PREVENIR a la Secretaria de Salud del Municipio de Barrancabermeja, para que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este fallo, inicie las diligencias necesarias para la asignación de una A.R.S. a la accionante, de acuerdo a los cupos disponibles para ello, y teniendo en cuenta que padece de una enfermedad ruinosa cuya atención no puede ser suspendida. Mientras ello sucede, en aras de preservar el principio de continuidad en el servicio, la atención seguirá siendo prestada por los Hospitales San Rafael de la ciudad de Barrancabermeja y González Valencia de Bucaramanga.</p> <p>Tercero. Por Secretaría, librese la comunicación prevista en el artículo 36 del decreto 2591 de 1991. (Documento 19)</p>
<p>Sentencia T-626 de 8 de agosto de 2002.</p>	<p><b>Corte Constitucional</b>  <b>Magistrado Ponente:</b> Dr. Alvaro Tafur Galvis  <b>Demandante:</b> Mary luz Marín Alarcón.  <b>Problema jurídico planteado (SISBEN y POS)</b></p> <p>Mary Luz Marín Alarcón actuando en representación de su menor hija Olga Dayanna Marín Alarcón, interpuso acción de tutela contra la Secretaría de</p>

Salud del Departamento del Tolima por considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y a la vida, en razón a que la entidad demandada hasta la fecha de presentación de la acción de tutela (febrero 22 de 2002) no le había realizado un tratamiento dermatológico que requiere su hija con urgencia.

**Consideraciones de la Corte**

La situación de la accionante se evidencia de suma gravedad, primero por que está comprometida la salud y la vida de su hija, y segundo porque las precarias circunstancias en las que vive, (la falta de recursos económicos de la actora es un hecho fuera de toda duda, en la medida en que pertenece al régimen subsidiado. T-210 de 2002), no le permiten obtener la recuperación de su hija por otra vía.

Sobre la gravedad de la enfermedad que padece su hija y el tratamiento que requiere son hechos que no discutió la entidad demandada, por lo que para la Corte hay certeza de que la situación de grave perturbación en la salud de la menor, es la que se describe en el escrito de tutela, además, acompañó la historia clínica de la recién nacida que da cuenta de su patología desde los primeros días de nacida. En efecto, a folio 1 del expediente se lee: "Nace por parto institucional, cesárea. Presentó mal formación dérmica, consistente en ausencia de piel a nivel del dorso, regiones laterales y alrededor de la articulación del tobillo en ambos pies".

Por ello, hay que concluir que se está ante un perjuicio irremediable, que no permite posponer una decisión al respecto, o esperar, tranquilamente, a que la Nación suministre a la Secretaría demandada los recursos suficientes que requiere.

En consecuencia, de acuerdo con lo expuesto, se concederá la tutela solicitada. Se ordenará que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, si aún no lo ha hecho, la Secretaría de Salud del Tolima imparta las autorizaciones correspondientes, para que, a través de la A.R.S. que corresponda a la señora MARY LUZ MARIN ALARCON sea atendida su hija en lo que su salud requiera y ordenen los médicos tratantes.

**Resuelve:**

Primero. REVOCAR la sentencia del ocho (8) de marzo de dos mil dos (2002), del Juzgado Primero Civil Municipal del Líbano - Tolima, en la acción de tutela pedida MARY LUZ MARIN ALARCÓN contra la Secretaría de Salud del Tolima. En consecuencia, CONCEDER la tutela impetrada, para la protección del derecho a la salud y la vida de una menor de edad.

Para tal efecto, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, si aún no lo ha hecho, la Secretaría de Salud del Tolima, a través de la ARS correspondiente MARY LUZ MARIN ALARCON impartirá las autorizaciones encaminadas a que la niña Olga Dayana Marín Alarcón, sea atendida en forma integral en lo que su salud requiera y ordenen los médicos tratantes.

	<p>Segundo. Líbrense por Secretaría, las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991. (Documento 20)</p>
<p>Sentencia C-040 del 27 de enero del 2004</p>	<p><b>Corte Constitucional</b>  <b>Magistrado Ponente: Dr. Jaime Córdoba Triviño</b>  <b>Demandante: Jesús Alfonso Angarita Avila</b></p> <p><b>Problema Jurídico:</b>  El demandante solicita la declaratoria de inexecutable de la expresión “con un cuarto de punto (0.25)” contenida en el artículo 42.20 de la Ley 715 de 2001 por considerarla violatoria de los artículos 1º, 2º, 48 y 49 de la Constitución Política.</p> <p>Sostiene el demandante que la disposición parcialmente acusada desconoce el Estado social de derecho, el principio de vigencia de un orden justo y los derechos a la salud y a la seguridad social, por cuanto al situar únicamente el 0.25 del punto de solidaridad que le corresponde aportar en observancia del deber social que le asiste a la Nación para concurrir en la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado, deja la carga de la solidaridad al trabajador de régimen contributivo y rompe con ello el equilibrio social ya que trunca la ampliación de cobertura universal y progresiva de la población pobre y desprotegida al derecho a la salud a través del acceso al régimen subsidiado.</p> <p><b>Consideraciones de la Corte:</b>  Conforme al principio de universalidad, el Estado debe garantizar la cobertura en seguridad social a todas las personas que habitan el territorio nacional e implementar, a medida que mejora el nivel de desarrollo del país, las condiciones para que las personas que aún se encuentran por fuera del régimen subsidiado de salud puedan ingresar a él (principio de progresividad), una norma como la acusada transgrede los principios fundamentales del Estado social de derecho por cuanto mientras haya población pobre no afiliada a dicho régimen no se estará cumpliendo con el mínimo de cobertura exigido por la Constitución.</p> <p>No puede predicarse progresividad de una disposición que no sólo establece un porcentaje invariable sino que no tiene en cuenta las circunstancias de la población pobre cuya gran mayoría todavía no ha ingresado al régimen subsidiado en salud.</p> <p>De esta manera, en el cumplimiento de la función de la Nación de concurrir a la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado, la Carta impone que ésta se haga de forma gradual y progresiva, constituyendo un retroceso la adopción de una medida en sentido contrario.</p> <p>En síntesis, por desconocer los principios constitucionales de progresividad y universalidad y lo prescrito en los artículos 48, 350 y 366 se declarará la inexecutable de la expresión "con un cuarto de punto (0.25) de lo aportado</p>

	<p>por los afiliados al régimen contributivo." contenida en el artículo 42.20 de la Ley 715 de 2001, debiéndose entender que la competencia de la Nación de concurrir en la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado mediante apropiaciones al presupuesto nacional deberá ser progresiva y efectuarse por los menos en el porcentaje establecido en las disposiciones legales anteriores a la citada ley.</p> <p>RESUELVE</p> <p>Declarar INEXEQUIBLE la expresión "con un cuarto de punto (0.25) de lo aportado por los afiliados al régimen contributivo." contenida en el artículo 42.20 de la Ley 715 de 2001.</p> <p>Cópiese, notifíquese, comuníquese, insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional, cúmplase y archívese el expediente. (Documento 16)</p>
--	---

#### V. Proyectos de Ley Archivados

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Proyecto de Ley N° 180 de 2004- Senado Presentado el 10 de marzo de 2004 Autor: H.S. German Vargas Lleras Publicado en Gaceta N°70/2004</p>	<p><b>Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones respecto al fortalecimiento del ejercicio de las profesiones de la salud.</b></p> <p><b>Artículo 18. contenido del plan de salud subsidiado.</b> Con base en estudios técnicos realizados por el Ministerio de la Protección Social y con los nuevos recursos establecidos en la presente Ley, el CNSSS establecerá las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad de la población afiliada al régimen subsidiado y para ampliar progresivamente el contenido del POS subsidiado. Se incluirán actividades, intervenciones y procedimientos que correspondan al II y III nivel de complejidad, en tal forma que se dé cumplimiento al propósito de un solo Plan de Beneficios en el Sistema, antes del 1 de enero del año 2010. El CNSSS reajustará proporcionalmente el valor de la UPC respectiva.</p> <p><b>Artículo 19. Subsidios parciales.</b> el CNSSS reglamentará los subsidios parciales para trabajadores independientes nivel III y nivel IV del SISBEN, financiando un porcentaje no inferior al 40% de la UPC en el primer caso y al 20% en el segundo.</p> <p>A los entes territoriales que alcancen coberturas mayores al 90% de la población con NBI, podrán se les podrá cofinanciar programas de subsidios parciales.</p> <p><b>Artículo 20. Nuevas funciones de las secretarías de salud departamentales, distritales y capitales.</b> A partir de la vigencia de la presente Ley las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital asumirán las funciones de administradoras del régimen subsidiado en</p>

	<p>su zona geográfica.</p> <p>Las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital se encargarán de la “Sisbenización” y carnetización de los beneficiarios del régimen subsidiado; una vez cumplan con el requisito de afiliación, garantizarán a sus afiliados el plan de beneficios establecidos en el POS subsidiado, mediante contratación directa con la red pública de servicios en un porcentaje no inferior al 60%, o con la red privada.</p> <p>Las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital podrán disponer por costos de administración hasta del 8% del valor de las Unidades de Pago por Capitación Subsidiada que le correspondan, según lo establezca el CNSSS, tomando en cuenta el desarrollo desigual de las regiones.</p> <p>Una vez perfeccionados los contratos entre las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital y los hospitales o los prestadores privados, el administrador fiduciario del FOSYGA girará un anticipo no inferior al 60% del valor del contrato y continuará girando en doceavas partes mensuales hasta su terminación, previa constancia de cumplimiento por parte de la Secretaría de Salud respectiva (...).</p> <p><b>Artículo 21. Traspaso de los actuales afiliados a las ARS.</b> Previo concepto favorable del CNSSS, el Ministerio de la Protección Social establecerá el traspaso de los afiliados actuales de las ARS a las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital, tomando en cuenta los períodos de contratación y, en todo caso, garantizando la continuidad de la atención de los usuarios.</p> <p><b>Artículo 22. Proceso de liquidación de las ARS.</b> La Superintendencia Nacional de Salud se encargará del proceso de liquidación de las actuales ARS, tomando en cuenta los períodos de contratación y reconociendo el valor proporcional de las Unidades de Pago hasta el día del traslado a las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital. El traslado de estos afiliados no podrá exceder del término del período de contratación correspondiente al año 2004. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las medidas correspondientes.</p> <p>En el proceso de liquidación de las ARS, el Ministerio de la Protección Social establecerá por Decreto medidas tendientes a excluir de la masa de liquidación y honrar las deudas del régimen subsidiado correspondientes a servicios de salud prestados por IPS o por profesionales de la salud. (Documento 35)</p>
<p>Proyecto de Ley N° 236 de 2004-Senado</p> <p>Presentado</p>	<p><b>Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud</b></p> <p>La presente Ley modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud con los siguientes objetivos:</p> <p>h. Reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo una</p>

<p>el 10 de marzo de 2004</p> <p>Autor: H.S. German Vargas Lleras</p> <p>Publicado en Gaceta N°70/2004</p>	<p>misma operatividad para todos los regímenes y modalidades de afiliación y asegurarle una estructura que establezca las funciones y competencias de las instituciones involucradas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Reestructurar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</li> <li>j. Lograr la universalidad en la cobertura mediante el aseguramiento y a través de este, el acceso real a los servicios de salud individuales o colectivos expresamente definidos en los Planes de Beneficios y en este contexto fortalecer el aseguramiento público.</li> <li>k. Desarrollar los mecanismos e instrumentos necesarios para el fortalecimiento y la ejecución de las políticas, planes y proyectos de la salud pública de forma única y coherente.</li> <li>l. Fortalecer y facilitar la efectiva vigilancia y control.</li> <li>m. Fortalecer y facilitar el Sistema de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</li> <li>n. Determinar las políticas de formación, y desempeño del Recurso Humano del sector de la salud.</li> </ul> <p><b>Artículo 20. Las Entidades Promotoras de Salud.</b></p> <p>Adicionalmente a lo establecido en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud podrán habilitarse para afiliar personas tanto del Régimen Contributivo como del Nuevo Régimen Subsidiado.</p> <p>Solo podrán habilitarse para operar como Entidades Promotoras de Salud en el Nuevo Régimen Subsidiado las entidades públicas, las entidades privadas con ánimo de lucro licenciadas para este efecto a la fecha de la expedición de la presente Ley, las entidades privadas sin ánimo de lucro, las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud.</p> <p>El Ministerio de la Protección Social reglamentará en los noventa días siguientes a la expedición de la Presente Ley los criterios de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud de que trata el presente artículo. Estos criterios deben garantizar tanto para el Régimen Contributivo como para el Nuevo Régimen Subsidiado los mínimos de capital, solidez y solvencia, incluyendo reservas, patrimonio, sistema de información, y red de servicios.</p> <p><b>Artículo 21. Aseguramiento Universal.</b></p> <p>A partir de la fecha de vigencia de la presente Ley la totalidad de la población residente en el territorio nacional deberá estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Artículo 22. Eliminación de la Integración Vertical.</b></p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud no podrán hacer prestación directa de servicios de salud para sus afiliados por medio de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud propias.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud que presten servicios a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su propiedad, tendrán un plazo de dos años para ajustarse a este requerimiento, de acuerdo a la reglamentación que expedirá el Gobierno Nacional para este efecto.</p>
--	--

**Artículo 23. Contratación con las Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud.**

Las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado deberán contratar como mínimo el 60% de los servicios de salud de sus afiliados al Nuevo Régimen Subsidiado con las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud organizadas por medio de redes de prestación de servicios de salud en un área determinada.

**Artículo 24. Régimen de Liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.**

El Gobierno Nacional expedirá en seis meses a partir de la expedición de la presente Ley una legislación que regule los procedimientos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.

**Parágrafo.** Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se excluirán de la masa de liquidación.

**Artículo 34. El Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.**

El Fondo de Solidaridad y Garantía de que trata el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 tendrá las siguientes subcuentas:

4. De Compensación Interna del Régimen Contributivo.

Los recursos que financian la compensación en el régimen contributivo provienen de la diferencia entre los ingresos por cotización de sus afiliados descontados los dos puntos para el Nuevo Régimen Subsidiado y el valor de las Unidades de Pago por Capitalización, y el porcentaje para incapacidades por enfermedad general que le serán reconocidos por el Sistema a cada Entidad Promotora de Salud. Las entidades en las cuales la anterior diferencia sea positiva trasladarán estos recursos a la sub cuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que la diferencia sea negativa.

La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control de las sumas declaradas y tendrá la facultad de imponer las multas que defina el respectivo reglamento.

5. De Financiación de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

El cubrimiento de los eventos catastróficos definidas en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y se financiaran de la forma establecida en el artículo 223 de la misma Ley.

**Parágrafo 1.** El Fondo de Solidaridad y Garantía no hará parte del presupuesto general de la nación pero si estará incluidos en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

**Parágrafo 2.** El Fondo de Solidaridad y Garantía podrá integrarse al Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

**Artículo 35. Financiación de las Enfermedades de Alto Costo.**

Sin perjuicio de las fuentes de financiación establecidas en el Artículo 223 de la Ley 100 de 1993, las enfermedades de alto costo serán financiadas

exclusivamente a través de la cuenta de Eventos Catastróficos y de Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía así:  
Las Entidades Promotoras de Salud aportarán una prima de X.  
Los Departamentos aportarán un 20% de las Rentas Cedidas.

**Artículo 45. Habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.**

Sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 42, Inciso 10 de la Ley 715 de 2001 y en el Decreto 2309 del 2002, la habilitación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud nuevas deberá ser aprobada por el Ministerio de la Protección Social, o por delegación expresa los Departamentos, previa presentación de evidencia de la necesidad de los servicios propuestos en las redes de prestación de servicios de salud en la potencial área de influencia de la Institución Prestadora de Servicio de Salud nueva.

**Artículo 46. Plan Único de Cuentas Hospitalarias.**

Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán adoptar el Plan Único de Cuentas Hospitalarias que establecerá el Gobierno Nacional, en los tres meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

**Artículo 47. Del Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud.**

Crease el Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud, como una fiducia pública, para la protección y agilización del flujo de los recursos entre las Entidades Promotoras de Salud, tanto del Nuevo Régimen Subsidiado, como del Régimen Contributivo, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Este fondo será financiado por las Entidades Promotoras de Salud por medio de una prima de protección del 2% del promedio anual de contratación de servicios de cada Entidad Promotora de Salud, la cual se ajustará a sus antecedentes de manejo de la cartera con los prestadores.

El Gobierno Nacional reglamentará la creación y funcionamiento del Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud, de manera que entre en funcionamiento antes de un año de expedida la presente Ley.

**Artículo 52. Plan Obligatorio de Salud.**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional. Este Plan ofrecerá servicios para la protección integral a los individuos del riesgo de enfermar y servicios de promoción de la salud.

Para los afiliados del Régimen Contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud será el que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Para los afiliados del Nuevo Régimen Subsidiado, el contenido del Plan Obligatorio de Salud será el que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. También propondrá un programa para que estos afiliados

	<p>alcancen el nivel del Plan Obligatorio de Salud del Sistema Contributivo en forma progresiva.</p> <p>El Gobierno reglamentará la forma de aplicación de los copagos y las cuota moderadoras de que trata la Ley 100, de tal manera que éstas sean mecanismos de contención del riesgo moral y no constituyan barreras de acceso a los servicios.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema (Documento 35)</p>
--	--

## VI. ARTÍCULOS DE PERIÓDICOS

### A. Periódicos

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
<p>Periodico para el sector de la salud.</p> <p>El Pulso</p> <p><b><u>Ley 715</u></b> <b><u>El Volcán por dentro</u></b></p> <p>Marzo del 2002.</p> <p>Fuente: <a href="mailto:elpulso@elhospital.org.co">elpulso@elhospital.org.co</a></p>	<p><b>La Ley 715</b> Es una Ley de alto vuelo y bajos golpes, expresaron las Administradoras del Régimen Subsidiado que, como se verá más adelante, resultaron desplazadas por los municipios y distritos en sus funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. "Hay un auténtico mico en la Ley" manifestó públicamente el presidente de Comfamiliar Camacol, doctor Alfonso Núñez Lapeira y Asocajas contrapunteó con una propuesta (ver recuadro página 6). Algunos municipios, grandes protagonistas de la nueva Ley, la consideran por el contrario, un avance en la descentralización y, aunque no niegan estar sobrelegislados, encuentran oportunidades de mejorar.</p> <p><b>Precisiones Claves</b> Según el doctor Julio Rincón, que ha liderado toda la reflexión sobre la Ley con las secretarías municipales de salud, se debe tener en cuenta: Se liberan \$160.000 millones de rentas cedidas que financiaban el régimen subsidiado, permitiendo un crecimiento de las rentas que se destinarán a la atención de II, III y IV nivel de complejidad en lo denominado no Pos del régimen subsidiado y de los vinculados. Todo a cargo de los departamentos. Del total del recursos para vinculados, el 41% se destinará al nivel uno de atención, y se girarán directamente a los municipios certificados y que habían asumido la prestación de estos servicios en julio del año 2001 y a los departamentos en los otros casos. Recordar que el excedente de salud o crecimiento real se destinará a la ampliación de cobertura del régimen subsidiado. Como se mencionó, se descontará de la UPC del régimen subsidiado el porcentaje (%) destinado a promoción de la salud y prevención de la</p>

	<p>enfermedad, recursos que administrarán los municipios para acciones prioritarias en Salud Pública. Se exceptúan de ello las ARS indígenas. Se establecen planes bienales de inversión en infraestructura y dotación para hospitales públicos y privados en cada departamento y con la visión de redes de atención en salud, como una forma de regular el crecimiento de la oferta de servicios.</p> <p>Las ARS están obligadas a contratar como mínimo el 40% de la UPC con los hospitales públicos del orden municipal, departamental o distrital de la sede del contrato. Si en el municipio existen hospitales de mediana o alta complejidad deberán contratar como mínimo el 50%.</p> <p><i>(Documento 32)</i></p>
<p>Periodico para el sector de la salud.</p> <p>El Pulso</p> <p><b><u>Eufemismos: la solidaridad para hacer la insolidaridad.</u></b></p> <p>Mayo 11-2004.</p> <p>Fuente: <a href="mailto:elpulso@elhospital.org.co">elpulso@elhospital.org.co</a></p>	<p><b>Eufemismos: la solidaridad para hacer la insolidaridad.</b></p> <p><b>Efectos de la solidaridad</b></p> <p>No podemos engañarnos pensando que el punto de solidaridad es beneficioso para congelarlo y mucho menos para sustituir el pari passu, porque con ello se desvirtúa su fundamento redistributivo. La solidaridad que se está haciendo no es con la población pobre sino con el Ministerio de Hacienda, permitiéndole que irrigue otros sectores de la economía, beneficiarios de los impuestos que no recibe salud. Lo que si tiene sentido es mantener el recaudo del punto de solidaridad con el convencimiento de que los dineros sí deben ejecutarse, acordando nuevas posturas económicas que si ven en el sector de la salud un beneficio, permitiendo un mejor nivel de gasto del PIB en salud.</p> <p>Pero como sabiamente decía Murphy: “lo peor puede empeorar”. Ahora también hay iniciativas para convertir la Subcuenta de promoción y prevención en una Subcuenta de “salud pública”, dejando en hombros del salario cada vez más precario de los trabajadores un asunto que es de carácter eminentemente oficial. Tengo que aclarar, eso si, que esta no es una iniciativa del gobierno y que es bien intencionada. Infortunadamente, abriría una puerta para que ahora ni siquiera se paguen las campañas directas con recursos fiscales, ni la vacunación, y para que se retiren las escasas fuentes de inversión o funcionamiento dedicadas a los programas. Hay que advertir que ahora las vacunaciones están financiadas con crédito externo y que hace unos años estaban celosamente consignadas en el presupuesto de la nación. Naturalmente, a muchos les caería de perlas que estas responsabilidades las asumiera la famosa Subcuenta de salud pública. Y si no, ¿para qué una subcuenta con ese nombre? Sería preferible no hacer esta guerra de pobres contra pobres, quitándole los recursos de promoción a los afiliados del régimen contributivo. Además, el asunto no es novedoso. Con esos fondos ya se han pagado vacunaciones, aunque esas son cosas que no deben ser ni prosperar, porque en general menoscaban la financiación total del sector. La vacunación debería estar asegurada con recursos distintos de los aportes parafiscales.</p> <p>Y por supuesto, vale la pena preguntarse: ¿Cómo es posible imaginarse el retiro del servicio en salud oral del POS luego que los empleados pagan todo lo suyo, lo de los que ganan menos, lo de los pobres, y a veces lo de salud pública, mientras se sustituye el pari passu con sus aportes y luego además</p>

	<p>se congelan los fondos de solidaridad? No va a tardar mucho para que los empleados y las mismas EPS comiencen a pedir su doceava de vuelta, luego de que: a) los incrementos de copagos y cuotas moderadoras no alcancen para cubrir los costos de la transición epidemiológica y demográfica, que está en aumento y empeorará, y b) el efecto de la apertura económica regional que se avecina, nos expondrá al abaratamiento del empleo formal asociado a la competencia indirecta con la mano de obra china, en donde el salario mínimo apenas sobrepasa \$180.000 pesos colombianos. Además de estos existen otros argumentos de orden jurídico que no es mi intención presentar, pero que pueden consultarse. En resumen, hay que tomar este tema con calma, evaluando si el nivel impositivo es adecuado, si estos recursos pueden ejecutarse y sobre todo, preguntando: ¿Se va cumplir el pari passu para que el punto de solidaridad se justifique como tal, evitando que la idea de la solidaridad se desnaturalice y pierda su legitimidad?</p> <p>Postdata: Recién se conoció la Sentencia de la Corte Constitucional C-040/04, declarando inexecutable la reducción del pari passu a 25 centavos de aporte fiscal por cada peso de los empleados, contenida en el artículo 42.20 de la Ley 715 de 2001. Recomiendo estudiar la argumentación de Hacienda rechazada por la Corte. (Documento 33)</p>
<p>Periodico para el sector de la salud.</p> <p>El Pulso</p> <p><b><u>Régimen subsidiado tendrá la mayor ampliación de los últimos años</u></b></p> <p>Abril del 2004.</p> <p>Fuente: <a href="mailto:elpulso@elhospital.org.co">elpulso@elhospital.org.co</a></p>	<p><b>Régimen subsidiado tendrá la mayor ampliación de los últimos años.</b> El ministro de la Protección Social, Diego Palacio, anunció que durante el presente año la cobertura del régimen subsidiado en salud será ampliada en por lo menos 1'500.000 nuevos cupos. Es decir: los afiliados pasarán de 11'772.725 afiliados a 13'272.725. Esto equivale al 79,5% de la población colombiana con necesidades básicas insatisfechas. "El propósito es que todos los municipios del país alcancen una cobertura superior al 50%", señaló el ministro, quien reveló que únicamente en esta tarea de ampliación de cobertura para el 2004, el gobierno invertirá cerca de \$435.000 millones.</p> <p><b>Nuevo reajuste de la UPC.</b> El Acuerdo 259 del 4 de febrero de 2004 del Consejo de Seguridad Social redefinió el incremento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de los regímenes contributivo y subsidiado de salud, derogando el Acuerdo 254 del 22 de diciembre de 2003, que ya había fijado esos valores. La nueva UPC del contributivo quedó en \$344,973 anuales y la del subsidiado fue fijada en \$192,344 por año. La redefinición de la UPC significó una variación en los porcentajes acordados en diciembre: en régimen contributivo pasó de 7,1% a 6,7%, y en subsidiado aumentó de 6,2% a 6,49%. (Documento 34)</p>
<p>Solinsa Consultoría para el sector</p>	<p><b>Intereses económicos y políticos prevalecen sobre la salud pública</b></p> <p>A tres años y medio de la expedición del decreto 1804 que pretendía depurar el funcionamiento de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), han</p>

<p>salud</p> <p><b><u>Alerta por aumento de protección de patentes a medicamentos en Colombia</u></b> Abril 7 del 2004</p> <p>Fuente: Periódico el pulso.</p>	<p>dejado de funcionar 248 de estas instituciones y otras se encuentran en etapa de liquidación. La corrupción las sigue atacando.</p> <p>historia de las ARS es la de un estrepitoso fracaso de una buena intención gubernamental puesta en práctica en medio del afán y sin una planeación que pudiera garantizar que los recursos girados llegaran exitosamente a su destino final, pues las buenas intenciones se convirtieron en una fuente de acumulación de ingresos para algunas ARS que vieron en la administración de estos recursos públicos una fuente de capital y que, tan pronto como sintieron la presión de los usuarios con el inicio de la demanda de servicios, entregaron los afiliados y generaron un vacío crítico en los municipios en los cuales operaban.</p> <p>El proceso de depuración y de liquidación voluntaria de ARS ha afectado no sólo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o IPS (especialmente a las de primer nivel) en cuanto a la facturación que era casi del 60%, sino también a los usuarios que han perdido la autonomía que antes les permitía escoger la entidad a la cual querían pertenecer y les ha tocado permanecer al margen de la elección, conformándose con la que les sea adjudicada por el ente territorial. Esta adjudicación “a dedo” se ha convertido en un nuevo foco de corrupción, según afirmó Sergio Gil Urrego, gerente de Aplisalud, porque en algunos municipios los entes territoriales se han dedicado a entregar los usuarios no a la empresa que mejor preste el servicio, sino a aquella con la que se tengan mejores vínculos, e incluso se han encontrado casos en los que se pagan de seis a ocho mil pesos por usuario adjudicado.</p> <p><b>Los antecedentes</b></p> <p>Al “negocio” de las afiliaciones se sumó el de la baja utilización de los servicios por el escaso conocimiento que los beneficiarios tenían del sistema. Así, las ARS se quedaron con recursos de la salud, cuyos servicios no eran utilizados por los pobres y pasaban a engordar las finanzas de las empresas. Los dueños se los repartieron como utilidades. El rumor de un gran negocio que no requería inversión se regó por el país.</p> <p>La rentabilidad hizo que campesinos, madres comunitarias, indígenas y profesionales conformaran Empresas Solidarias de Salud (ESS). Las cajas de compensación y EPS, que en un principio tenían dudas sobre la administración del régimen subsidiado, se volcaron hacia él para apalancar las dificultades que les generó el montaje del régimen contributivo. La cifra de ARS llegó a 256.</p> <p>Desde su aprobación a comienzos de 1996 hasta febrero de 1998, fue poco lo que se hizo para vigilar el destino de los recursos del régimen, lo que originó un círculo vicioso de deudas en el sector. En muchos casos, alcaldes y gobernadores no hacían los pagos a las ARS porque los giros del situado fiscal no llegaban en forma oportuna o simplemente porque destinaban los recursos a otros fines. A su vez, las ARS no les cancelaban oportunamente a los hospitales con el argumento de que los entes territoriales no les pagaban, lo que se convirtió en un círculo vicioso que tiene al sector salud en una de sus peores crisis.</p>
---	---

	<p>Esta situación llevó al gobierno nacional a replantear los requisitos para la creación de las ARS y endurecer las condiciones de permanencia para las que estaban administrando el régimen subsidiado. La expedición del decreto 1804 condujo a las ARS pequeñas a unirse para seguir administrando los recursos del régimen subsidiado. En ese proceso de fusión participaron 74 ARS.</p> <p><b>El reto de la Superintendencia</b></p> <p>Durante el año 2002, la oficina anticorrupción de la Presidencia de la República adelantó 28 procesos por la pérdida de un billón de pesos en malversación de fondos y otros delitos en Administradoras de Régimen Subsidiado, ARS. La exsuperintendente de Salud, Gloria Isabel Triviño afirmó en su momento que en el manejo de las ARS se cometieron muchas irregularidades, como falsedad en documentos, desviación de dineros y contratación indebida.</p> <p>En la primera etapa de las ARS, la Supersalud nunca tuvo recurso humano como para garantizar una evaluación permanente en esos procesos. Ahora el pequeño número de empresas solidarias existentes permitirá a la Superintendencia ejercer un papel más efectivo de evaluación y control de su funcionamiento.</p> <p>Es necesario volver a pensar en lo que había sido planteado al comienzo del Gobierno Uribe: iniciar una serie de acciones para mejorar el flujo de recursos de las EPS y ARS a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), cuya deuda asciende, a corte del 30 de junio, a más de \$889.551 millones.</p> <p>Del mismo modo, se espera que se propongan cambios en el modelo de contratación; se impulse la modernización de los procesos de facturación e información; se ejerza un estricto control sobre los intermediarios; se unifiquen los manuales de tarifas y se emprenda un sistema único de pago. Todas esas acciones aportarían organización y permitirían un más alto índice de cumplimiento de los objetivos.</p> <p><i>(Documento 35)</i></p>
--	--

## VII. ENTREVISTA

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Dr. Fernando Trillo <b><u>Coordinador Subcuenta de Solidaridad.</u></b> FOSYGA 28 de enero de	<p><b>¿Que problemas y que dificultades encuentra dentro de la subcuenta de solidaridad?</b></p> <p>En primer lugar se encuentra que el no cumplimiento de los términos establecidos en el Decreto 050 de 2003 donde se define la utilización de flujo de recursos, es decir que se gire anticipadamente a los entes territoriales y a los municipios cada dos (2) meses a diferencia de la anterior norma que planteaba girar cada cuatro (4) meses. En segundo lugar también el decreto 050 de 2003 plantea giro excepcionales que es el giro directo que se hace a las ARS cuando hay incumplimiento por parte del ente territorial en el giro a las ARS., pues el decreto 050 de 2003 considero que tiene buena filosofía, la cual es mejorar los recursos y que en ultima beneficie la prestación de los servicios de salud. En cuanto al problema que se presenta en el no envió por</p>

2004	<p>parte de los entes territoriales de la documentación necesaria como requisito del giro es decir agilizar el proceso de contratación con las ARS, los Alcaldes no están capacitados ni son concientes de la importancia de firmar rápidamente los contratos y enviar la información al Ministerio de Protección Social para que se registre el contrato y se pueda establecer el primer registro de giro porque los entes territoriales que envían una lista de los contratos para poder girarle los recursos por ejemplo el periodo de contratación inicia el 1 de abril entonces los contratos deberían estar firmados a más tardar el 15 de abril para poder iniciar los periodos de giro anticipado bimestralmente, en segundo lugar el giro depende de que loa entes territoriales envíen la base de datos con las novedades al departamento para que este consolide y lo envíe al Ministerio de la Protección Social en este caso a Fisalud para que procese a través de la malla de validación de la base única de afiliados que afiliados están definitivamente como activos en la base única de afiliados, esto en el 2003 no sucedió por inconvenientes en la malla de validación y por incumplimiento de los entes territoriales en el envío de la información. Entonces considero que mejorando el tema de la información, mejorando el tema de la contratación, mejorando el flujo de recursos esto a nivel nacional, pero a nivel ya territorial considero que los entes territoriales han tenido debilidades en el sentido de hacerle control y vigilancia a las ARS., porque en la medida en que no haya control sobre la contratación, sobre la prestación de servicios, sobre los requisitos que están en el contrato pues el ente territorial no tiene los elementos para poder girar lo que corresponde en cada contrato por el cumplimiento de las obligaciones de cada ARS. Básicamente el problema esta en gran porcentaje en que hace falta un esquema de información y de concientización para los alcaldes.</p> <p><b>¿Cuales son los criterios de distribución entre los diversos municipios?</b> Básicamente el criterio de distribución esta centrado en garantizar la continuidad de la afiliación o sea los afiliados vienen contratados históricamente garantizarles esa afiliación pero de acuerdo a las nuevas políticas del nuevo gobierno es ampliar la cobertura pero basándose en que esas personas sean las reales beneficiarias de los subsidios del estado para esto plantación Nacional saco una nueva metodología para realizar un nuevo SISBEN y así generar unos nuevos recursos para ampliación de cobertura.</p> <p><b>¿Qué recomendaciones se pueden formular al respecto?</b> Capacitación por parte de Ministerio de la Protección Social, por parte de la direcciones Seccionales de Salud a los alcaldes de los municipios. Acelerar, por parte del ministerio el proceso de tener al día la base única de afiliados que esta definida en la resolución 890 de 2002 para que los giros se hagan con base en los afiliados reales y de esta manera ahorrar recursos.</p>
------	---

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
Debate Salud	<b>Honorable Senador Sosa Pacheco Gustavo Enrique:</b>

<p>Publica.</p> <p><b><u>Comisión</u></b> <b><u>Accidental</u></b> <b><u>Senado de</u></b> <b><u>la</u></b> <b><u>Republica</u></b></p> <p>Marzo- Abril de 2004.</p>	<p>La Seguridad Social esta compuesta por dos regimenes Régimen Subsidiado y Régimen Contributivo, en la parte central esta el Fosyga como organismo que presta una influencia grande en la regulación del sistema.</p> <p>Mirando la parte del Régimen Subsidiado vemos que el papel más importante lo juegan los entes territoriales, estos reciben recursos del Fosyga, del SGP y de otros como las rentas cedidas y la función principal que tienen los entes territoriales es el manejo del SISBEN es decir la focalización. Los entes territoriales a vez contratan con las ARS y estas a su vez con las IPS y hay una relación entre las IPS y el Fosyga a través del sistema de compensación IPS publicas y privadas.</p> <p>En el régimen subsidiado vemos que los clientes son los afiliados en si, los beneficiarios y los vinculados que están sisbenizados pero que no están metidos dentro del régimen subsidiado. hemos visto que hay problemas en la calidad, en oportunidad y eficiencia, en la focalización, en la accesibilidad desde el punto de vista económico, físico y geográfico, en la cobertura, en la libre escogencia y un punto importantísimo que es el criterio de comercialización que existe en el sistema de salud.</p> <p>Para efectos prácticos han agrupado la problemática en 5 aspectos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura con focalización</li> <li>• POS y las Tutelas</li> <li>• El aseguramiento en el subsidiado</li> <li>• los insumos y medicamentos</li> <li>• la red hospitalaria publica y privada.</li> </ul> <p>Hay problemas en la oportunidad de los recursos en el régimen subsidiado cuando se habla de su relación con los entes territoriales, hay problema en la contratación cuando se habla de la reilación entre entes territoriales y ARS y estas con las IPS y en la parte central del Fosyga vemos que el CVSSS prácticamente es el ente rector del sistema el que incluso prácticamente llega casi a legislar cuando determina el POS, la UPC, los medicamentos que se pueden suministrar.</p> <p><b>Viceministro de salud, Dr. Eduardo Alvarado:</b></p> <p>Red hospitalaria publica y privada:</p> <p>La evolución de los hospitales públicos en el país viene desde la beneficencia y fueron teniendo una connotación más de carácter publico hasta el establecimiento de los servicios seccionales de salud y luego el Sistema Nacional de Salud que integro a la mayor parte de las instituciones a este sistema y a la financiación presupuestación de los hospitales con recursos fundamentalmente de la nación, el presupuesto general de la nación, aporte de algunos partidos que le llegaban por concepto de las rentas cedidas.</p> <p>La financiación se hacia esencialmente del situado fiscal y otros recursos que provenían de la nación el sistema de financiamiento dependía esencialmente del nivel de gasto histórico de la institución independientemente de que en</p>
--	---

años próximos se atendiera más gente o no.

Subsidio de oferta: Es darle la plata a la institución para que la gaste independiente que preste o no el servicio.

Subsidio a la demanda: Es entregar los recursos vía demandante para que le llegue al hospital si y solo si presta el servicio y eso supone una lógica de estímulo para efectivamente prestar el servicio al ciudadano. El subsidio a la demanda empodera al usuario y le da una mejor relación frente al prestador del servicio, sino atiende no le dan recursos.

Esto es en si la filosofía de la transformación de los procesos de financiamientos de las instituciones por la vía del modelo de subsidio a la demanda y la vía en sustitución parcial al subsidio a la oferta.

Lo que pasaba con el subsidio a la oferta era que había generado en muchos casos presupuesto con un alto nivel de gasto totalmente desorbitado frente a la cantidad de servicios efectuados.

Reestructurar y suprimir por la descentralización y el cambio de los subsidios de oferta a demanda.

El resultado de los procesos de reestructuración de los servicios de salud estén orientados en función de las redes tiene por objeto apoyar la transformación de la gestión de los hospitales públicos mejorando la eficiencia y la calidad de los servicios públicos.

Con cobertura en 100 IPS de todo el país con una inversión de 286`. Entre el año 99-2003 en el programa de modernización se ha mostrado en el proceso de modernización un mejoramiento en los institutos que estaban al borde del cierre.

Ha habido una reducción del 20% en el gasto de los hospitales  
Hay mejor desempeño de las instituciones  
Reducción del costo promedio de los productos hospitalarios.

Según la dirección de calidad no se evidencia que los hospitales no pagan sus nominas.

#### **Representante de las ESE, Dr. Jorge Iván Ospina**

Las labores de las ARS no han sido eficientes se han convertido en unos almacenadoras de recursos del estado por esto se ha planteado la desaparición de las ARS y darle esa función a las secretarías de salud. Pero el Ministerio no está de acuerdo con la desaparición de las ARS dicen que lo que ha pasado es que se han desviado del fin para el cual fueron creadas se han perdido en el modelo por eso creen que las ARS están desconfiguradas y lo mejor sería darles un apretón para que vuelvan aplicar eficientemente su modelo y cumplan su papel inicial

Antes de la transformación de los hospitales públicos a ESE  
La intermediación del Régimen subsidiado

La encuesta del Sisben nos esta empobreciendo espiritualmente, todos queremos ser los más pobres del país, en este caso el Sisben esta generando una cultura que distorsiona las posibilidades de nuestra población de mejorar nuestra calidad de vida.

En cuanto a la importancia de los planes de beneficio hablamos de una UPC-S que vale la mita del régimen contributivo que cubre unos beneficios que cuando no se cubren con ella la tiene que cubrir el Departamento y todos los Departamentos dicen que no tienen recursos.

Hay intermediarios en el régimen que no le aportan nada al sistema van cobran, pagan y se van por eso el aseguramiento debe estar el régimen subsidiado en entidades sin animo de lucro.

Las ESE es lo más complicado del mundo porque porque las normas para manejar un hospital están regadas en toda la reglamentación que existe en el país.

En lo que hace referencia al problema de habilitación y acreditación, hay un gran atraso en la infraestructura hospitalaria, no hay actualización tecnológica.

un hospital que adudaspenas pasa con el presupuesto tallado si le alcanza para un falendoscopio no le alcanza para los baja lengua y el mero hecho de no poder actualizar la infraestructura , la tecnología nos lleva a no cumplir con la habilitación. Si no podemos con la habilitación pues mucho menos con la acreditación.

Se plantea el manual único tarifario

Contratación con la red publica, es contratar el 40% con la en los municipios se contrata solo con los que el alcalde dice y no pasa nada, ¿Qué hacen los órganos de control? No hay integralidad en las actividades de salud publica.

¿Cuáles son esas actividades de integralidad publica y como se deben financiar?

Con procesos de capacitación

Ayudar a ponerse en competencia

Apoyo a las ESE

En cuanto a la intermediación las ARS no le ofrecen nada al sistema por eso si quieren existir que le ofrezcan algo al sistema en proceso de interventoría, de atención al usuario de vigilar que se le garanticen los servicios pero hay municipios en que son tan poquitos los usuarios que uno se pregunta si se justifica tener intermediario para manejar 5.000.000 usuarios, hay grandes ciudades donde realmente es posible que exista la reglamentación regulada con un % de rentabilidad para ellos de administración y que se demuestre lo que le están ofreciendo al sistema y en los municipios pequeños terminar las ARS.

*(Documento 36)*

## Sistema General de Riesgos Profesionales.

### I. Normatividad

#### Constitución Política de la República de Colombia

##### a. Vigente

FECHA	CONTENIDO DE INTERES
7 de julio de 1991.	<p><b>Artículo 48.</b> La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.</p> <p>Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.</p> <p>El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.</p> <p>La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.</p> <p>No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.</p> <p>La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.</p> <p><b>Artículo 49.</b> La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p>Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.</p> <p>Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</p> <p>La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.</p> <p>Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.</p> <p><i>(Documento 1</i></p>

## II. Legislación Ordinaria

### 1. Plan de Beneficios

#### 1.1. Generalidades

##### a. Leyes.

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
Ley 100, 23 de Diciembre de 1993.	<p><b>Libro tercero: sistema general de riesgos profesionales</b> <b>capítulo I: invalidez por accidentes de trabajo y enfermedad profesional</b> <b>Artículo 249. Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional.</b> Las pensiones de invalidez originadas en accidente de trabajo o enfermedad profesional continuarán rigiéndose por las disposiciones vigentes, salvo lo dispuesto en relación con el sistema de calificación del estado de invalidez y las pensiones de invalidez integradas a que se refieren los artículos siguientes.</p> <p><b>Artículo 250. Calificación del Estado de Invalidez.</b> La calificación del estado de invalidez derivado de accidente de trabajo o enfermedad profesional se sujetará a lo dispuesto en esta ley para la calificación de la invalidez por riesgo común. (Documento 2)</p>

##### b. Decretos.

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
Decreto 1295, 22 de Junio de 1994.	<p><b>Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.</b></p> <p><b>Artículo 1. Definición.</b> El Sistema General de Riesgos Profesionales es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.</p> <p>El Sistema General de Riesgos Profesionales establecido en este Decreto forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, establecido por la Ley 100 de 1993.</p> <p>Las disposiciones vigentes de salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, con las modificaciones previstas en este Decreto, hacen parte integrante del sistema general de riesgos profesionales.</p> <p><b>Artículo 8. Riesgos Profesionales.</b> Son Riesgos Profesionales el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o labor desempeñada, y la enfermedad que haya sido catalogada como profesional por el Gobierno Nacional.</p> <p><b>Artículo 9. Accidente de Trabajo.</b></p>

Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

### **Artículo 13. Afiliados.**

Son afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales:

a) En forma obligatoria:

1. Los trabajadores dependientes nacionales o extranjeros, vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos;
2. Los jubilados o pensionados, excepto los de invalidez, que se reincorporen a la fuerza laboral como trabajadores dependientes, vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, y
3. Los estudiantes que deban ejecutar trabajos que signifiquen fuente de ingreso para la respectiva institución, cuyo entrenamiento o actividad formativa es requisito para la culminación de sus estudios, e involucra un riesgo ocupacional, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida.

b) En forma voluntaria:

Los trabajadores independientes, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el gobierno nacional.

**Parágrafo.** La afiliación por parte de los empleadores se realiza mediante el diligenciamiento del formulario de afiliación y la aceptación por la entidad administradora, en los términos que determine el reglamento.

### **Artículo 14. Protección a estudiantes.**

El seguro contra riesgos profesionales protege también a los estudiantes de los establecimientos educativos públicos o privados, por los accidentes que sufran con ocasión de sus estudios.

El gobierno nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales, decidirá la oportunidad, financiamiento y condiciones de la incorporación de los estudiantes a este seguro, la naturaleza y contenido de las prestaciones que deberán prever las pólizas que emitan las entidades aseguradoras de vida que obtengan autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de seguro de riesgos profesionales, o las condiciones para la cobertura por parte del Instituto de Seguros Sociales.

### **Artículo 15. Determinación de la cotización.**

Las tarifas fijadas para cada empresa no son definitivas, y se determinan de acuerdo con:

- a) La actividad económica;
- b) Índice de lesiones incapacitantes de cada empresa; y,

c) El cumplimiento de las políticas y la ejecución de los programas sobre salud ocupacional, determinados por la entidad administradora de riesgos profesionales correspondiente, de conformidad con los reglamentos expedidos para tal fin por el Gobierno Nacional.

**Artículo 16. Obligatoriedad de las cotizaciones.**

Durante la vigencia de la relación laboral, los empleadores deberán efectuar las cotizaciones obligatorias al Sistema General de Riesgos Profesionales.

El no pago de dos o mas cotizaciones periódicas, implica, además de las sanciones legales, la desafiliación automática del Sistema General de Riesgos Profesionales, quedando a cargo del respectivo empleador la responsabilidad del cubrimiento de los riesgos profesionales. Para la afiliación a una entidad administradora se requerirá copia de los recibos de pago respectivos del trimestre inmediatamente anterior, cuando sea el caso.

**Parágrafo.** En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o mas empleadores, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario base de cotización a cargo de cada uno de ellos.

**Artículo 17. Base de Cotización.**

La base para calcular las cotizaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales, es la misma determinada para el Sistema General de Pensiones, establecida en los artículos 18 y 19 de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

**Artículo 24. Clasificación.**

La clasificación se determina por el empleador y la entidad administradora de riesgos profesionales al momento de la afiliación.

Las empresas se clasifican por las actividades que desempeñan, de conformidad con lo previsto en este capítulo.

**Artículo 35. Servicios de Prevención.**

La afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales da derecho a la empresa afiliada a recibir por parte de la entidad administradora de riesgos profesionales:

- a) Asesoría técnica básica para el diseño del programa de salud ocupacional en la respectiva empresa.
- b) Capacitación básica para el montaje de la brigada de primeros auxilios.
- c) Capacitación a los miembros del comité paritario de salud ocupacional en aquellas empresas con un número mayor de 10 trabajadores, o a los vigías ocupacionales en las empresas con un número menor de 10 trabajadores.
- d) Fomento de estilos de trabajo y de vida saludables, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de las empresas.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales establecerán las prioridades y plazos para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en este artículo.

**Parágrafo.** Los vigías ocupacionales cumplen las mismas funciones de los comités de salud ocupacional.

	<i>(Documento 3)</i>
Decreto 1771, Agosto 3 de 1994	<p><b>Por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto 1295 de 1994.</b></p> <p><b>Artículo 1. Campo de aplicación.</b> El presente decreto se aplica a todos los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, organizado por el Decreto 1295 de 1994.</p> <p><b>Artículo 7. Solución de controversias.</b> Las controversias que se presenten entre las entidades administradoras con ocasión del origen del accidente, de la enfermedad, o de la muerte, serán resueltas de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 del Decreto 1295 de 1994.</p> <p>Las discrepancias generadas por cuestiones diferentes al origen, se resolverán con sujeción a lo previsto en los incisos cuarto y quinto del mismo artículo.</p> <p><b>Artículo 8. Prestación de los servicios de salud.</b> Las prestaciones asistenciales en el Sistema General de Riesgos Profesionales, se otorgarán en las mismas condiciones medias de calidad fijadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que han de prestar las entidades promotoras de salud a sus afiliados del régimen contributivo.</p> <p><b>Artículo 9. Costos de los trámites ante las juntas de calificación de invalidez.</b> El costo de los trámites ante las juntas de calificación de invalidez, se determinará de conformidad con lo establecido en el Decreto 1346 de 1994.</p> <p><i>(Documento 4)</i></p>
Decreto 1831, Agosto 3 de 1994	<p><b>Por el cual se expide la Tabla de Clasificación de Actividades Económicas para el sistema General de Riesgos profesionales y se dictan otras disposiciones.</b></p> <p><b>Artículo 3. Clasificación de empresa.</b> La clasificación de empresa se hará de acuerdo con la actividad principal del empleador dentro de la clase de riesgo que corresponda.</p> <p>Cuando una actividad determinada no se encuentre en la tabla contenida en el artículo anterior, el empleador y la entidad administradora de riesgos profesionales podrán efectuar la clasificación de acuerdo con la actividad afín contemplada en la tabla, para lo cual deberán tener en cuenta el riesgo ocupacional de una y otra.</p> <p>Efectuada así la clasificación, la entidad administradora de riesgos profesionales deberá comunicarla a la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, con el fin de que ésta proceda a proponer la inclusión de la nueva actividad en la Tabla.</p> <p><b>Artículo 4. Clasificación de una empresa con varios centros de trabajo.</b> Cuando una misma empresa tuviese más de un centro de trabajo, será clasificada para diferentes clases de riesgo para cada uno de ellos, bajo el mismo NIT, siempre que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exista una clara diferenciación de las actividades desarrolladas en cada centro de trabajo.</li> <li>2. Las instalaciones locativas de cada centro de trabajo se encuentren ubicadas en diferente lugar.</li> </ol>

	<p>3. La exposición a factores de riesgo ocupacional sea diferente en cada uno de los centros de trabajo. (Documento5)</p>
<p>Decreto 1832, Agosto 3 de 1994</p>	<p><b>Por el cual se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales.</b></p> <p><b>Artículo 2. De la relación de causalidad.</b> En los casos que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades profesionales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional, será reconocida como enfermedad profesional.</p> <p>Para determinar la relación de causalidad en patologías no incluidas en el artículo 1º de este Decreto, es profesional la enfermedad que tenga relación de causa-efecto, entre el factor de riesgo y la enfermedad.</p> <p><b>Artículo 3. Determinación de la relación de causalidad.</b> Para determina la relación causa-efecto, se deberá identificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La presencia de un factor de riesgo causal ocupacional en el sitio de trabajo en el cual estuvo expuesto el trabajador.</li> <li>2. La presencia de una enfermedad diagnosticada médicamente relacionada causalmente con ese factor de riesgo.</li> </ol> <p>No hay relación de causa-efecto entre factores de riesgo presentes en el sitio de trabajo, con la enfermedad diagnosticada, cuando se determine:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Que en el examen médico ocupacional practicado por la empresa se detectó y registró el diagnóstico de la enfermedad en cuestión;</li> <li>b) La demostración mediante mediciones ambientales o evaluaciones de indicadores biológicos específicos, que la exposición fue insuficiente para causar la enfermedad.</li> </ol> <p><b>Artículo 4. Derogatorias.</b> El presente Decreto subroga el Decreto 778 de abril 30 de 1987 y deroga las demás normas que le sean contrarias. (Documento 6)</p>
<p>Decreto 1530, Agosto 26 de 1996</p>	<p><b>Por el cual se reglamentan parcialmente la Ley 100 de 1993 y el Decreto-ley 1295 de 1994.</b></p> <p><b>Artículo 2. Fundamento de la reclasificación.</b> La reclasificación de centros de trabajo que implique para ellos una cotización diferente a aquélla que le corresponde a la actividad principal de la empresa, deberá ser sustentada con estudios técnicos completos, realizados por entidades o profesionales reconocidos legalmente y verificables por la entidad Administradora de Riesgos Profesionales correspondiente o el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.</p> <p><b>Parágrafo.</b> La reclasificación se podrá realizar sobre Centros de Trabajo y en ninguna circunstancia por puestos de trabajo.</p> <p><b>Artículo 3. Remisión de los estudios de reclasificación.</b> Toda reclasificación deberá ser informada por la Administradora de Riesgos profesionales ARP, a la Dirección Regional o Seccional de Trabajo o a la Oficina Especial de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, según sea el caso,</p>

o a las oficinas que hagan sus veces.

La reclasificación, en desarrollo de lo ordenado por el artículo 33 del Decreto-ley 1295 de 1994, sólo podrá ser efectuada por la entidad Administradora de Riesgos Profesionales, cumplidos tres meses del traslado de la entidad Administradora de Riesgos Profesionales de la empresa reclasificada.

La Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en cualquier tiempo, podrá solicitar los estudios técnicos que sustentaron la reclasificación.

**Artículo 4. Accidente de trabajo y enfermedad profesional con muerte del trabajador.**

Cuando un trabajador fallezca como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, el empleador deberá adelantar, junto con el comité paritario de Salud Ocupacional o el Vigía Ocupacional, según sea el caso, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la ocurrencia de la muerte, una investigación encaminada a determinar las causas del evento y remitirlo a la Administradora correspondiente, en los formatos que para tal fin ésta determine, los cuales deberán ser aprobados por la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Recibida la investigación por la Administradora, ésta lo evaluará y emitirá concepto sobre el evento correspondiente, y determinará las acciones de prevención a ser tomadas por el empleador, en un plazo no superior a quince (15) días hábiles.

Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la emisión del concepto por la Administradora de Riesgos Profesionales, ésta lo remitirá junto con la investigación y la copia del informe del empleador referente al accidente de trabajo o del evento mortal, a la Dirección Regional o Seccional de Trabajo, a la Oficina Especial de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, según sea el caso, a efecto que se adelante la correspondiente investigación y se impongan las sanciones a que hubiere lugar.

**Artículo 5. Intermediarios de seguros.**

Para dar cumplimiento al inciso 2º del artículo 81 del Decreto-ley 1295 de 1994, la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social verificará periódicamente a las entidades debidamente licenciadas por la autoridad competente cuando se dediquen a realizar actividades de Salud Ocupacional estudiando la capacidad técnica, humana y especializada con que cuentan para tal fin.

**Artículo 7. Desarrollo de programas y acciones de prevención.**

En el formulario de afiliación de la empresa, la Administradora de Riesgos Profesionales se comprometerá para con la respectiva empresa a anexar un documento en el que se especifiquen los programas y las acciones de prevención que en el momento se detecten y requieran desarrollarse a corto y mediano plazo.

**Artículo 10. Afiliación de trabajadores de las empresas de servicios temporales.**

Los trabajadores permanentes y en emisión de las empresas de servicios temporales deberán ser afiliados por éstas a una Administradora de Riesgos

	<p>Profesionales.</p> <p>Parágrafo. Igualmente deberán ser afiliados los trabajadores a los Sistemas General de pensiones y Salud, a través de las empresas promotoras de salud y administradoras del Fondo de Pensiones que ellos elijan.</p> <p><b>Artículo 15. Conformación de comisiones.</b> El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social reglamentará y fomentará la conformación de comisiones nacionales integradas por representantes de los trabajadores, los empleadores, entidades estatales y otras organizaciones vinculadas con el Sistema General de Riesgos Profesionales, cuyo objeto será la de hacer de instancias operativas de las políticas y orientaciones del sistema para la promoción y prevención de los Riesgos Profesionales por actividades de la economía nacional o por interés de tipo sectorial. (Documento 7)</p>
<p>Decreto 2800, Octubre 3 de 2003</p>	<p><b>Por el cual se reglamenta parcialmente el literal b) del artículo 13 del Decreto-ley 1295 de 1994.</b></p> <p><b>Artículo 3. Afiliación.</b> La afiliación de los trabajadores independientes al Sistema General de Riesgos Profesionales se hará a través del contratante, en las mismas condiciones y términos establecidos en el Decreto-ley 1295 de 1994, mediante el diligenciamiento del formulario que contenga los datos especiales que para tal fin determine la Superintendencia Bancaria, en el cual se deberá precisar las actividades que ejecutará el contratista, el lugar en el cual se desarrollarán, la clase de riesgo que corresponde a las labores ejecutadas y la clase de riesgo correspondiente a la empresa o centro de trabajo, así como el horario en el cual deberán ejecutarse. La información anterior es necesaria para la determinación del riesgo y definición del origen de las contingencias que se lleguen a presentar.</p> <p>El trabajador independiente deberá manifestar por escrito en el texto del contrato y en las prórrogas del mismo, la intención de afiliarse o no al Sistema General de Riesgos Profesionales. Si el contrato consta por escrito, se allegará copia del mismo a la Administradora de Riesgos Profesionales adjuntando para ello el formulario antes mencionado; si el contrato no consta por escrito, la citada manifestación respecto de la voluntad de afiliarse deberá constar directamente en el citado formulario.</p> <p>El contratante que celebre con un trabajador independiente contratos de carácter civil, comercial o administrativo, una vez el trabajador le manifieste su intención de afiliarse al Sistema, deberá afiliarlo a su Administradora de Riesgos Profesionales, dentro de los dos (2) días siguientes a la celebración del respectivo contrato. La cobertura del Sistema se inicia desde el día calendario siguiente al de la afiliación.</p> <p><b>Artículo 5. Cotizaciones.</b> El trabajador independiente cotizará al Sistema General de Riesgos Profesionales conforme al Decreto-ley 1295 de 1994 y las normas que lo reglamenten, para lo cual se tendrá en cuenta la clasificación de actividades económicas establecida en el Decreto 1607 de 2002.</p> <p>La cotización del trabajador independiente se realizará teniendo en cuenta la clase de riesgo de su centro de trabajo en la empresa y el propio de la labor ejecutada por el</p>

	<p>contratista, debiéndose seleccionar entre los dos anteriores el de mayor riesgo al cual se encuentra expuesto el contratista. (Documento 8)</p>
--	--

**c. Jurisprudencia.**

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<p>Sentencia C – 046 de 8 de febrero de 1996. Expediente No. D-1018</p>	<p><b>Demandante: Margarita Henao</b>  <b>Magistrado Ponente: Dr. Carlos Gaviria Díaz</b>  <b>Problema Jurídico Planteado: Sistema de Riesgos profesionales, Trabajadores del Sector público y privado</b>  <b>Corte Constitucional</b></p> <p><b>Consideraciones de la Corte Constitucional:</b>  Ejerciendo la acción pública de inconstitucionalidad, la ciudadana Margarita Henao presenta demanda contra algunos apartes del artículo 97 del Decreto-ley 1295 de 1994, por considerar que dicha norma viola los artículos 13, 42, 43, 44 y 48 de la Constitución. Magistrado Ponente: Dr. Carlos Gaviria Díaz.</p> <p><b>Necesidad de unificar el régimen de riesgos en función de la igualdad.</b>  “...Desde el punto de vista de su calidad de trabajadores y su susceptibilidad a sufrir riesgos con ocasión del ejercicio de su profesión u oficio, indudablemente, la situación de los trabajadores de los sectores público y privado es igual. No obstante, frente al tratamiento jurídico que históricamente se ha otorgado a unos y a otros, en relación con el amparo a dichos riesgos, su situación ha revestido diferencias significativas que explican el porqué la iniciación de la vigencia del nuevo régimen en uno y otro sector no es sincrónica, y difícilmente podría serlo. Justamente, el nuevo régimen unificado debe evaluarse como un esfuerzo necesario encaminado a superar desigualdades que no se justifican por la mera circunstancia de pertenecer a órbitas distintas de una misma actividad....”</p> <p><b>Justificación y razonabilidad del trato diferente.</b>  El trato diferente dado a los trabajadores de los sectores público y privado, en relación con la entrada en vigencia del sistema general de riesgos profesionales, está justificado pues si bien, desde el punto de vista de la exposición al riesgo su situación es esencialmente igual, desde el punto de vista de las posibilidades de cada sector para amoldarse a las nuevas exigencias su situación no es equiparable. En efecto, en el sector público se requiere de un tiempo mayor que en el privado para realizar los ajustes estructurales, administrativos y financieros del caso.</p> <p><b>Resuelve:</b>  Declarar exequibles los apartes demandados del artículo 97 del Decreto- Ley 1295 de 1994.  Cópiese, notifíquese, comuníquese, cúmplase, insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional y archívese el expediente. (Documento 9)</p>

<p>Sentencia T – 365 de 20 de Mayo de 1999. Expediente T – 202549</p>	<p><b>Demandante: Alicia Fierro</b>  <b>Magistrado Ponente: Dr. Alejandro Martínez Caballero</b>  <b>Problema Jurídico Planteado: Licencia de Maternidad, Derecho al mínimo vital, protección de derechos fundamentales</b>  <b>Corte Constitucional</b>  <b>Acción de tutela interpuesta por Alicia de las Mercedes Fierro Méndez contra el Instituto de los Seguros Sociales.</b></p> <p><b>Consideraciones de la Corte:</b>  <b>Licencia de maternidad.</b>  La protección de la mujer trabajadora embarazada y al recién nacido era lo esencial y hace procedente la acción de tutela para el pago de los dineros adeudados correspondientes a la licencia de maternidad, pues existen circunstancias donde la licencia, que se constituye en el salario de la mujer que dio a luz durante el tiempo en que la trabajadora permanece retirada de sus labores, es el único medio de subsistencia en condiciones dignas tanto para la madre como para su recién nacido.</p> <p><b>Resuelve:</b>  Primero.- Revocar la sentencia proferida por el Juzgado 6° Laboral de Santafé de Bogotá, el 26 de enero de 1999, y en su lugar CONCEDER, en el caso de la referencia, la tutela por violación al derecho al mínimo vital, a la dignidad, a la maternidad, a la igualdad y a los derechos del menor, por las razones expuestas en los considerados del presente fallo.  Segundo. Considerar que se incurrió en una omisión por parte del Instituto de los Seguros Sociales al negar el pago de la licencia de maternidad a Alicia Fierro Méndez y en consecuencia ordenar que en el término de cuarenta y ocho horas proceda a cancelar lo debido por la mencionada licencia.  Tercero. Ordenar que la Defensoría del Pueblo dicte un ciclo de conferencias sobre derechos fundamentales a los funcionarios del Instituto de los Seguros Sociales, Seccional Cundinamarca, aquellos funcionarios que tengan que ver con seguridad social en salud y con riesgos profesionales.  Cuarto. El cumplimiento de lo ordenado en los numerales anteriores será vigilado directa y personalmente por la Juez de instancia de la presente tutela.  <i>(Documento 10)</i></p>
<p>Sentencia C- 453 de 12 de Junio de 2002. Expediente D-3806</p>	<p><b>Demandante: Amador Lozano Rada</b>  <b>Magistrado: Álvaro Tafur Galvis</b>  <b>Problema Jurídico Planteado: Sistema General de Riesgos Profesionales, obligaciones empleador.</b>  <b>Corte Constitucional</b>  <b>Acción pública de inconstitucionalidad contra el artículo 9 (parcial) del Decreto Ley 1295 de 1994.</b></p> <p><b>Consideraciones de la Corte Constitucional:</b>  <b>Ausencia de violación del derecho a la igualdad.</b>  Para el demandante la expresión atacada establece un tratamiento discriminatorio que vulnera la Constitución en cuanto define como accidente trabajo solamente a aquel que se produce durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de labor o viceversa, cuando el transporte lo suministra</p>

	<p>el empleador, mientras que el accidente ocurrido en las mismas circunstancias, cuando el trabajador se desplaza por su cuenta, no recibe la misma calificación.</p> <p>La Corte al respecto constata que la disposición acusada establece en este caso tratamiento diferente a situaciones distintas, al tiempo que responde a los criterios establecidos por esta Corporación para justificar la diferenciación que el legislador hace en ciertas circunstancias atendiendo elementos objetivos, razonables, proporcionados y que estén acordes con una finalidad constitucional legítima.</p> <p>Si se advierte además que, como atrás quedó explicado, el sistema de riesgos profesionales se basa en la teoría del riesgo creado, es lógico que cuando el transporte lo suministra el empleador, el accidente que se produzca se califique de profesional por cuanto en esa circunstancia se produce una especie de prolongación de la empresa, en la que el trabajador, como subordinado, está sometido a las condiciones que se le fijan para su transporte entre el sitio de trabajo y su residencia, razón por la que será el empleador el llamado a responder por los perjuicios que se llegaren a causar. Téngase en cuenta que en este caso el empleador determina y controla las condiciones en las que se realiza el transporte –elige el tipo de vehículo y el conductor, establece las condiciones para su uso y mantenimiento, señala las rutas, horarios etc- es decir que puede controlar o al menos circunscribir el riesgo que crea, en tanto que cuando el trabajador se transporta por sus propios medios ninguno de estos elementos se encuentra bajo su control.</p> <p><b>Resuelve.</b></p> <p>Declarar exequible la expresión “cuando el transporte lo suministre el empleador” contenida en el artículo 9 del Decreto Ley 1295 de 1994 <i>“por el cual se determina la organización y administración del sistema de riesgos profesionales”</i>, por los cargos analizados en esta Sentencia. (Documento 11)</p>
<p>Sentencia T – 125 de 22 de Febrero de 2002. expediente T-513524</p>	<p><b>Demandante: Beatriz Elena Pineda</b>  <b>Magistrado Ponente: Dr. Manuel José Cepeda Espinosa</b>  <b>Problema Jurídico Planteado: Procedimiento para determinación del origen de una patología, debido proceso administrativo.</b>  <b>Corte Constitucional</b>  Acción de tutela instaurada por Beatriz Elena Pineda en contra de la A.R.P. Suratep S.A.</p> <p><b>Consideraciones de la Corte Constitucional:</b>  En estos términos, la Sala encuentra que la A.R.P. Suratep S.A. incumplió la primera de las obligaciones a su cargo, la cual consiste en obedecer las normas que reglamentan la prestación de un servicio público, en este caso, el servicio público de seguridad social en salud. En efecto, es claro que en la medida en que la accionada se encontraba afiliada al Sistema General de Salud, lo único que pretendía es que le brindara la atención a la que tenía derecho de acuerdo con los parámetros y procedimientos establecidos en las normas, lo cual no sucedió.</p> <p>Encuentra también la Sala que la negativa de la A.R.P. de continuar con el</p>

	<p>procedimiento de calificación del origen de la patología padecida por la accionante con miras a que se determinara cuál es la entidad responsable de cubrir su tratamiento, vulnera su derecho fundamental al debido proceso.</p> <p>En efecto, tal como se indicó arriba, la A.R.P. accionada negó que los diagnósticos allegados por la accionante constituyeran primera instancia respecto del proceso de calificación del origen de su patología –a pesar de la claridad con la que se expresa en ambos casos que la patología era de origen laboral–. Adicionalmente se tiene que dicha decisión fue adoptada en ausencia de motivación alguna. Ello muestra que el comportamiento de Suratep S.A. es violatorio del derecho fundamental al debido proceso de la accionante.</p> <p><b>Resuelve</b></p> <p>Primero. Revocar el fallo proferido por el Juez Quince Civil del Circuito de Medellín el 4 de septiembre de 2001, en el que se inhibió para pronunciarse de fondo respecto de la tutela de la referencia.</p> <p>Segundo. Confirmar el fallo proferido por el Juzgado Octavo Civil Municipal de Medellín el 18 de julio de 2001. En consecuencia, TUTELAR el derecho fundamental al debido proceso administrativo de la accionante respecto de la prestación del servicio público de seguridad social en salud.</p> <p>Tercero. Ordenar a la A.R.P. Suratep S.A. que si no ha determinado, en segunda instancia, el origen de la patología que presenta la accionante en el proceso de la referencia, señora Beatriz Helena Pineda, proceda a hacerlo dentro de las 48 horas siguientes a la notificación del presente fallo.</p> <p><i>(Documento 12)</i></p>
<p>Sentencia T – 993 de 14 de Noviembre de 2002. Expediente T-625133</p>	<p><b>Demandante: Diana Patricia Puentes Mercado</b>  <b>Magistrado Ponente: Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra</b>  <b>Problema Jurídico Planteado: Seguridad social, protección constitucional a las contingencias propias de los Riesgos Profesionales, protección tutelar a la salud</b>  <b>Corte Constitucional</b>  Demanda de inconstitucionalidad</p> <p><b>Consideraciones de la Corte Constitucional:</b>  Por consiguiente, en lo constitucional la recuperación de la salud menoscabada es uno de los objetivos. Se ha afirmado que jurídicamente curar no es derrotar la enfermedad. La incurabilidad o cronicidad de la enfermedad no es obstáculo para la continuación de la prestación del servicio (T-020/95). Y como lo ha dicho la jurisprudencia, la protección incluye el diagnóstico de las enfermedades; especialmente de las calificadas como catastróficas. Por tanto, el examen de carga viral ha sido tutelarmente ordenado (T-1055/00, T-849/01).</p> <p>Esos mismos objetivos se predicen para los servicios asistenciales cuando acontece una enfermedad profesional o un accidente de trabajo, incluido, claro está, el tratamiento para las denominadas enfermedades ruinosas o catastróficas, como el SIDA. En estas circunstancias la protección constitucional es múltiple porque se basa en el artículo 48 sobre seguridad social, en el artículo 53 sobre el trabajo y en los principios que infunden esos dos derechos, dentro de los cuales</p>

son de resaltar: la irrenunciabilidad (que para los riesgos profesionales implica la esencia de ellos, a saber: la responsabilidad objetiva), y la eficiencia (que implica la continuidad en la prestación del servicio).

**Del caso en concreto**

En la presente ocasión, la Sala Sexta de revisión concederá la tutela al derecho a la seguridad social en riesgos profesionales en conexidad con el derecho a la vida de la señora Diana Puentes Mercado por encontrar probado que: (i) si bien no existía un contrato escrito suscrito entre la accionante y la accionada calificado como contrato de trabajo, sí se dio una relación laboral, (ii) a pesar de existir un contrato del cual se derivó una relación laboral, Sistemas de Terapia Respiratoria no afilió a la accionante a ninguna EPS, ni a una ARP, (iii) el accidente sufrido por la accionante lo fue en cumplimiento de la labor para la cual había sido contratada por Sistemas de Terapia Respiratoria, luego aconteció un accidente de trabajo (iv) la entidad accionada comenzó a suministrarle los medicamentos necesarios para el tratamiento por el eventual contagio con VIH, pero éste fue suspendido, y (v) en virtud de que la accionada no había afiliado a la accionante a ninguna ARP, y además inició el suministro del tratamiento y lo suspendió posteriormente atentando contra la salud de la accionante, le corresponde a la Empresa el cubrimiento de los exámenes y tratamientos necesarios para proteger la salud de la accionante.

**Resuelve.**

Primero. Revocar las sentencias proferidas por el Juzgado 10 Civil Municipal de Bogotá, el 15 de mayo de 2002, y el Juzgado 31 Civil del Circuito de Bogotá el 28 de junio de 2002 y en su lugar CONCEDER la tutela del derecho a la seguridad social en riesgos profesionales en conexidad con la vida en condiciones dignas de la señora Diana Patricia Puentes Mercado.

Segundo. Ordenar a Sistemas de Terapia Respiratoria Ltda. (IPS) que en el término de cuarenta y ocho (48) horas realice el examen Elisa para HIV-HB, y continúe el tratamiento de diagnóstico si hay lugar a ello.

Tercero. Ordenar a Sistemas de Terapia Respiratoria que en caso de encontrarse probado el contagio con VIH de manera inmediata y permanente suministre todos los medicamentos y exámenes necesarios para el tratamiento de la enfermedad de la señora Diana Patricia Puentes Mercado.

Cuarto. Ordenar al Juzgado 10 Civil Municipal de Bogotá que vigile el cumplimiento de la presente tutela.

*(Documento 13)*

## 1.2. Prestación de Servicios Asistenciales

### a. Leyes.

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
Ley 100, 23 de Diciembre de 1993.	<p><b>Libro tercero: sistema general de riesgos profesionales</b>  <b>capítulo I: invalidez por accidentes de trabajo y enfermedad profesional</b></p> <p><b>ARTICULO 254. Prestaciones Médico Asistenciales.</b>  Los servicios de salud derivados de accidente de trabajo o enfermedad profesional, serán prestados por las Entidades Promotoras de Salud de que trata la presente ley, quienes repetirán contra las entidades encargadas de administrar los recursos del seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional a que esté afiliado el respectivo trabajador.  (Documento 2)</p>

### b. Decretos

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
Decreto 1295, 22 de Junio de 1994.	<p><b>Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.</b></p> <p><b>Artículo 5. Prestaciones asistenciales.</b></p> <p>Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tendrá derecho, según sea el caso, a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica;</li> <li>b) Servicios de hospitalización;</li> <li>c) Servicio odontológico;</li> <li>d) Suministro de medicamentos;</li> <li>e) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;</li> <li>f) Prótesis y órtesis, su reparación, y su reposición solo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomiende;</li> <li>g) Rehabilitaciones física y profesional;</li> <li>h) Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios.</li> </ul> <p>Los servicios de salud que demande el afiliado, derivados del accidente de trabajo o la enfermedad profesional, serán prestados a través de la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, salvo los tratamientos de rehabilitación profesional y los servicios de medicina ocupacional que podrán ser prestados por las entidades administradoras de riesgos profesionales.</p> <p>Los gastos derivados de los servicios de salud prestados y que tengan relación directa con la atención del riesgo profesional, están a cargo de la entidad administradora de riesgos profesionales correspondiente.</p> <p>La atención inicial de urgencia de los afiliados al sistema, derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, podrá ser prestada por cualquier institución prestadora de servicios de salud, con cargo al sistema general de riesgos profesionales.</p>

## **Artículo 6. Prestación de los servicios de salud.**

Para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán suscribir los convenios correspondientes con las Entidades Promotoras de Salud.

El origen determina a cargo de cual sistema general se imputarán los gastos que demande el tratamiento respectivo. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos y términos dentro de los cuales se harán los reembolsos entre las administradoras de riesgos profesionales, las Entidades Promotoras de Salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales reembolsarán a las Entidades Promotoras de salud, las prestaciones asistenciales que hayan otorgado a los afiliados al sistema general de riesgos profesionales, a las mismas tarifas convenidas entre la entidad promotora de salud y la institución prestadora de servicios de salud, en forma general, con independencia a la naturaleza del riesgo. Sobre dichas tarifas se liquidará una comisión a favor de la entidad promotora que será reglamentada por el Gobierno Nacional, y que en todo caso no excederá al 10%, salvo pacto en contrario entre las partes.

La institución prestadora de servicios de salud que atienda a un afiliado al sistema general de riesgos profesionales, deberá informar dentro de los 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o al diagnóstico de la enfermedad profesional, a la entidad promotora de salud y a la entidad administradora de riesgos profesionales a las cuales aquel se encuentre afiliado.

Hasta tanto no opere el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, las entidades administradoras podrán celebrar contratos con instituciones prestadoras de servicios de salud en forma directa; no obstante se deberá prever la obligación por parte de las entidades administradoras, al momento en que se encuentre funcionando en la respectiva región las Entidades Promotoras de Salud, el contratar a través de éstas cuando estén en capacidad de hacerlo.

Para efecto de procedimientos de rehabilitación las administradoras podrán organizar o contratar directamente en todo tiempo la atención del afiliado, con cargo a sus propios recursos.

Finalmente, las entidades administradoras podrán solicitar a la Entidad Promotora de Salud la adscripción de instituciones prestadoras de servicios de salud. En este caso, la entidad administradora de riesgos profesionales asumirá el mayor valor de la tarifa que la Institución prestadora de servicios de salud cobre por sus servicios, diferencia sobre la cual no se cobrará la suma prevista en el inciso cuarto de este artículo.

**Parágrafo.** La prestación de servicio de salud se hará en las condiciones medias de calidad que determine el Gobierno Nacional, y utilizando para este propósito la tecnología disponible en el país.

*(Documento 3)*

**1.3. Prestaciones económicas.**  
**a. Leyes.**

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<p>Ley 100, 23 de Diciembre de 1993.</p>	<p><b>Libro tercero: sistema general de riesgos profesionales</b>  <b>capitulo I: invalidez por accidentes de trabajo y enfermedad profesional</b></p> <p><b>Artículo 251.</b> Pensiones de Invalidez Integradas.            En el régimen de ahorro individual con solidaridad, los seguros para amparar la invalidez por riesgo común y la invalidez por accidente de trabajo o enfermedad profesional, podrán ser contratados de manera conjunta con una misma compañía de seguros, cuando los trabajadores y empleadores así lo decidan. En este evento, el amparo para el riesgo de invalidez por accidente de trabajo o enfermedad profesional, deberá ser equivalente o superior, al otorgado por el seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional a cargo del Instituto de Seguros Sociales o del que actualmente les aplica, en el caso de los trabajadores de la rama jurisdiccional.</p> <p>La compañía de seguros señalará el monto de la cotización para el seguro de accidentes de trabajo y enfermedad profesional a cargo del empleador, y dejará de ser obligatoria la cotización al Instituto de Seguros Sociales por dicho concepto.</p> <p><b>Artículo 252.</b> Normas Comunes.            Cuando el seguro para amparar el riesgo por accidente de trabajo o enfermedad profesional se contrate en la forma prevista en el artículo anterior, le serán aplicables en lo pertinente las disposiciones de los seguros de invalidez por riesgo común.</p> <p><b>Artículo 253.</b> Devolución de Saldos.            Cuando un afiliado al régimen de ahorro individual con solidaridad se invalide por accidente de trabajo o enfermedad profesional, además de la pensión por invalidez que cubre la cotización a cargo del empleador, se le entregará la totalidad del saldo abonado en su cuenta individual de ahorro pensional y en este caso no habrá lugar a bono pensional.</p> <p><b>Capitulo II: pensión de sobrevivientes originada por accidentes de trabajo y enfermedad profesional</b></p> <p><b>Artículo 255.</b> Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional.            La pensión de sobrevivientes originada en accidente de trabajo o enfermedad profesional continuará rigiéndose por las disposiciones vigentes, salvo que se opte por el manejo integrado de estas pensiones de conformidad con lo previsto en el artículo 157 de esta ley.</p> <p><b>Artículo 256.</b> Devolución de Saldos por Muerte Causada por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional.            En caso de muerte del afiliado al sistema de ahorro individual con solidaridad, derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional, no habrá lugar a bono pensional y el saldo de la cuenta individual de ahorro pensional podrá utilizarse</p>

	<p>para incrementar el valor de la pensión que se financia con la cotización del empleador, si el afiliado así lo hubiere estipulado o los beneficiarios lo acuerdan. En caso contrario hará parte la masa sucesoral del causante. Si no hubiere causahabientes dichas sumas se destinarán al financiamiento de la garantía estatal de pensión mínima.</p> <p><i>(Documento 14)</i></p>
<p>Ley 776, Diciembre 17 de 2002</p>	<p><b>Artículo 3. Monto de las prestaciones económicas por incapacidad temporal.</b> Todo afiliado a quien se le defina una incapacidad temporal, recibirá un subsidio equivalente al cien (100%) de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente el que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte. El pago se efectuará en los períodos en que el trabajador reciba regularmente su salario.</p> <p><b>Artículo 4. Reincorporación al trabajo.</b> Al terminar el período de incapacidad temporal, los empleadores están obligados, si el trabajador recupera su capacidad de trabajo, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro para el cual esté capacitado, de la misma categoría.</p> <p><b>Artículo 7°. Monto de la incapacidad permanente parcial.</b> Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales a quien se le defina una incapacidad permanente parcial, tendrá derecho a que se le reconozca una indemnización en proporción al daño sufrido, a cargo de la entidad administradora de riesgos profesionales, en una suma no inferior a dos (2) salarios base de liquidación, ni superior a veinticuatro (24) veces su salario base de liquidación.</p> <p>En aquellas patologías que sean de carácter progresivo, se podrá volver a calificar y modificar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral. En estos casos, la Administradora sólo estará obligada a reconocer el mayor valor resultante de restarle al monto de la nueva indemnización el valor previamente reconocido actualizado por IPC, desde el momento del pago hasta la fecha en la que se efectúe el nuevo pago.</p> <p>El Gobierno Nacional determinará, periódicamente, los criterios de ponderación y la tabla de evaluación de incapacidades, para determinar la disminución en la capacidad laboral. Hasta tanto se utilizará el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la calificación.</p> <p><b>Artículo 10. Monto de la pensión de invalidez.</b> Todo afiliado al que se le defina una invalidez tendrá derecho, desde ese mismo día, a las siguientes prestaciones económicas, según sea el caso:</p> <p>a) Cuando la invalidez es superior al cincuenta por ciento (50%) e inferior al sesenta y seis por ciento (66%), tendrá derecho a una pensión de invalidez equivalente al sesenta por ciento (60%) del ingreso base de liquidación;</p> <p>b) Cuando la invalidez sea superior al sesenta y seis por ciento (66%), tendrá derecho a una pensión de invalidez equivalente al setenta y cinco por ciento (75%) del ingreso base de liquidación;</p> <p>c) Cuando el pensionado por invalidez requiere el auxilio de otra u otras personas</p>

para realizar las funciones elementales de su vida, el monto de la pensión de que trata el literal anterior se incrementa en un quince por ciento (15%).

**Parágrafo 1°.** Los pensionados por invalidez de origen profesional, deberán continuar cotizando al Sistema General de Seguridad en Salud, con sujeción a las disposiciones legales pertinentes.

**Parágrafo 2°.** No hay lugar al cobro simultáneo de las prestaciones por incapacidad temporal y pensión de invalidez. Como tampoco lo habrá para pensiones otorgadas por los regímenes común y profesional originados en el mismo evento.

El trabajador o quien infrinja lo aquí previsto será investigado y sancionado de acuerdo con lo dispuesto en las leyes vigentes, sin perjuicio de las restituciones a que haya lugar por lo cobrado y obtenido indebidamente.

**Artículo 11. Muerte del afiliado o del pensionado por riesgos profesionales.** Si como consecuencia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional sobreviene la muerte del afiliado, o muere un pensionado por riesgos profesionales, tendrán derecho a la pensión de sobrevivientes las personas descritas en el artículo 47 de la Ley 100 de 1993, y su reglamentario.

**Artículo 12. Monto de la pensión de sobrevivientes en el Sistema General de Riesgos Profesionales.** El monto mensual de la pensión de sobrevivientes será, según sea el caso:

- a) Por muerte del afiliado el setenta y cinco por ciento (75%) del salario base de liquidación;
- b) Por muerte del pensionado por invalidez el ciento por ciento (100%) de lo que aquel estaba recibiendo como pensión.

Cuando el pensionado disfrutaba de la pensión reconocida con fundamento en el literal c) del artículo 10 de la presente ley la pensión se liquidará y pagará descontando el quince por ciento (15%) que se le reconocía al causante.

**Artículo 13. Monto de las pensiones.** Ninguna pensión de las contempladas en esta ley podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, ni superior a veinte (20) veces este mismo salario.

**Artículo 14. Reajuste de pensiones.** Las pensiones de invalidez y de sustitución o sobrevivientes del Sistema General de Riesgos Profesionales se reajustarán anualmente, de oficio el primero (1°) de enero de cada año, en el porcentaje de variación del índice de precios al consumidor total nacional, certificado por el Dane para el año inmediatamente anterior.

No obstante, las pensiones cuyo monto mensual sea igual al salario mínimo legal mensual vigente, serán reajustadas de oficio cada vez y con el mismo porcentaje en que se incremente dicho salario por el Gobierno Nacional, cuando dicho reajuste resulte superior al de la variación del IPC, previsto en el inciso anterior.

**Artículo 15. Devolución de saldos e indemnización sustitutiva.** Cuando un afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales se invalide o muera como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, además de la pensión de invalidez o de sobrevivientes que deberá, reconocerse

de conformidad con la presente ley, se entregará al afiliado o a los beneficiarios:  
a) Si se encuentra afiliado al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, la totalidad del saldo de su cuenta individual de ahorro pensional.

b) Si se encuentra afiliado el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida la indemnización sustitutiva prevista en el artículo 37 de la Ley 100 de 1993.

**Parágrafo.** Para efectos del saldo de la cuenta de ahorro individual, los bonos pensionales, en desarrollo del artículo 139, numeral 5, de la Ley 100 de 1993, se redimirán anticipadamente a la fecha de la declaratoria de la invalidez o de la muerte de origen profesional.

**Artículo 16. Auxilio funerario.** La persona que compruebe haber sufragado los gastos de entierro de un afiliado o de un pensionado por invalidez del Sistema de Riesgos Profesionales, tendrá derecho a recibir un auxilio funerario igual el determinado en el artículo 86 de la Ley 100 de 1993.

El auxilio deberá ser cubierto por la respectiva entidad administradora de riesgos profesionales. En ningún caso puede haber doble pago de este auxilio.

**Artículo 17. Suspensión de las prestaciones económicas previstas en el sistema de esta ley.** Las entidades Administradoras de Riesgos Profesionales suspenderán el pago de las prestaciones económicas establecidas en el Decreto-ley 1295 de 1994 y en la presente ley, cuando el afiliado o el pensionado no se someta a los exámenes, controles o prescripciones que le sean ordenados; o que rehúse, sin causa justificada, a someterse a los procedimientos necesarios para su rehabilitación física y profesional o de trabajo. El pago de estas prestaciones se reiniciará, si hay lugar a ello, cuando el pensionado o el afiliado se someta a los exámenes, controles y prescripciones que le sean ordenados o a los procedimientos necesarios para su rehabilitación física y profesional o de trabajo.

**Artículo 18. Prescripción.** Las prestaciones establecidas en el Decreto-ley 1295 de 1994 y en esta ley prescriben:

- a) Las mesadas pensionales en el término de tres (3) años
- b) Las demás prestaciones en el término de un (1) año.

La prescripción se cuenta desde el momento en que se le define el derecho al trabajador.

**Artículo 19. Determinación de la cotización.** Los literales del artículo 15 del Decreto-ley 1295 de 1994 quedarán así:

- a) La actividad económica.
- b) Un indicador de variación del índice de lesiones incapacitantes y de la siniestralidad de cada empresa;
- c) El cumplimiento de las políticas y el plan de trabajo anual del programa de salud, ocupacional de empresa elaborado con la asesoría de la administradora de riesgos profesionales correspondiente y definido con base en los indicadores de estructura, proceso y resultado que establezca el Gobierno Nacional.

**Parágrafo.** Todas las formulaciones y metodologías que se utilizan para la determinación de la variación de la cotización, son comunes para todas las

	<p>Administradoras de Riesgos Profesionales y no pueden ser utilizadas para prácticas de competencia desleal, so pena de la imposición de multas correspondientes.</p> <p><b>Artículo 20. Variación del monto de la cotización.</b> Los literales a) y b) del artículo 32 del Decreto-ley 1295 de 1994 quedarán así:  a) Un indicador de variación del índice de lesiones incapacitantes y de la siniestralidad de cada empresa;  b) El cumplimiento de las políticas y el plan de trabajo anual del programa de salud ocupacional de la empresa asesorado por la Administradora de Riesgos Profesionales correspondiente y definido con base en los indicadores de estructura, proceso y resultado que establezca el Gobierno Nacional.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> La variación del monto de las cotizaciones permanecerá vigente mientras se cumplan las condiciones que le dieron origen.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> La variación del monto de cotizaciones solo podrá realizarse cuando haya transcurrido cuando menos un (1) año de la última afiliación del empleador.</p> <p><b>Parágrafo 3.</b> El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social definirá con carácter general, las formulaciones y metodologías que se utilicen para la determinación de la variación de la cotización. Estas serán comunes para todas las Administradoras de Riesgos Profesionales y no pueden ser utilizadas para prácticas de competencia desleal, so pena de la imposición de las multas correspondientes.  <i>(Documento 14)</i></p>
--	---

**b. Decretos.**

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
Decreto 1295, 22 de Junio de 1994.	<p><b>Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.</b></p> <p><b>Artículo 7. Prestaciones económicas.</b></p> <p>Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tendrá derecho al reconocimiento y pago de las siguientes prestaciones económicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Subsidio por incapacidad temporal;</li> <li>b) Indemnización por incapacidad permanente parcial;</li> <li>c) Pensión de Invalidez;</li> <li>d) Pensión de sobrevivientes; y,</li> <li>e) Auxilio funerario.</li> </ul> <p><b>Artículo 38. Declaración de la incapacidad temporal.</b></p>

Hasta tanto el Gobierno Nacional la reglamente, la declaración de la incapacidad temporal continuará siendo determinada por el médico tratante, el cual deberá estar adscrito a la Entidad Promotora de Salud a través de la cual se preste el servicio, cuando estas entidades se encuentren operando.

**Artículo 41. Declaración de la incapacidad permanente parcial.**

La declaración, evaluación, revisión, grado y origen de la incapacidad permanente parcial serán determinados, en cada caso y previa solicitud del interesado, por un médico o por una comisión médica interdisciplinaria, según lo disponga el reglamento de la entidad administradora de riesgos profesionales en donde se encuentre afiliado el trabajador.

La declaración de incapacidad permanente parcial se hará en función a la incapacidad que tenga el trabajador para procurarse por medio de un trabajo, con sus actuales fuerzas, capacidad y formación profesional, una remuneración equivalente al salario o renta que ganaba antes del accidente o de la enfermedad.

**Artículo 43. Controversias sobre la incapacidad permanente parcial.**

Cuando se susciten controversias sobre la declaración, evaluación, revisión, o determinación del grado de la incapacidad permanente parcial, o de su origen, aquellas serán resueltas por las juntas de calificación de invalidez, para lo cual se seguirá el trámite previsto en los artículos 41 y siguientes de la ley 100 de 1993, y sus reglamentos.

Los costos que genere el trámite ante las juntas de calificación de invalidez serán de cargo de quien los solicite, conforme al reglamento que expida el Gobierno Nacional. En caso que la decisión sea favorable al trabajador, la entidad administradora de riesgos profesionales deberá reembolsarle las sumas pagadas, reajustadas, considerando como factor el interés bancario corriente, certificado para el período correspondiente por la Superintendencia Bancaria, correspondientes al momento en el cual el afiliado efectuó el pago.

**Artículo 44. Tabla de Valuación de Incapacidades.**

La determinación de los grados de incapacidad permanente parcial, invalidez o invalidez total, originadas por lesiones debidas a riesgos profesionales, se hará de acuerdo con el "Manual de Invalidez" y la "Tabla de Valuación de Incapacidades".

Esta Tabla deberá ser revisada y actualizada por el gobierno nacional, cuando menos una vez cada cinco años.

Parágrafo transitorio. Hasta tanto se expidan el "Manual Unico de Calificación de Invalidez" y la "Tabla Unica de Valuación de Incapacidades", continuarán vigentes los establecidos por el Instituto de Seguros Sociales.

**Artículo 47. Calificación de la invalidez.**

	<p>La calificación de la invalidez y su origen, así como el origen de la enfermedad o de la muerte, será determinada de conformidad con lo dispuesto en los artículos 41, 42 y siguientes de la ley 100 de 1993, y sus reglamentos.</p> <p>No obstante lo anterior, en cualquier tiempo, la calificación de la invalidez podrá revisarse a solicitud de la entidad administradora de riesgos profesionales.</p> <p><b>Artículo 55. Suspensión de las prestaciones económicas previstas en este Decreto.</b></p> <p>Las entidades administradoras de Riesgos profesionales suspenderán el pago de las prestaciones económicas establecidas en el presente Decreto, cuando el afiliado o el pensionado no se someta a los exámenes, controles o prescripciones que le sean ordenados; o que rehuse, sin causa justificada, a someterse a los procedimientos necesarios para su rehabilitación física y profesional o de trabajo. (Documento 3)</p>
--	--

### c. Jurisprudencia

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<p>Sentencia T – 384 de 30 de Julio de 1998. Expediente T – 161.850</p>	<p><b>Demandante: Rita Higuera Uribe y Concepción Arteaga Mejía</b>  <b>Magistrado Ponente: Dr. Alfredo Beltrán Sierra</b>  <b>Problema Jurídico Planteado: Derecho al mínimo vital, pensión de sobrevivientes, muerte en accidente de trabajo.</b>  <b>Corte Constitucional</b></p> <p>Acción de tutela de Rita Higuera Uribe y Concepción Arteaga Mejía contra la compañía Suramericana Administradora de Riesgos Profesionales y Seguros de Vida S.A.- SURATEP-.</p> <p><b>Consideraciones de la Corte Constitucional:</b>  “Dentro de este contexto, es claro que, a pesar de contar las actoras con el otro medio judicial que indicó el Honorable Tribunal en su fallo, ese medio es formal o aparentemente idóneo, toda vez que si bien corresponde a la justicia ordinaria decidir si es la compañía administradora de riesgos SURATEP, o la empresa Alvarado Düring Ltda, la que debe asumir el pago que se reclama, este conflicto no puede lesionar los derechos de las accionantes, que, de hecho, no pueden quedar desprotegidas, pues el objeto mismo de esta pensión, es suplir la falta que, por una accidente de trabajo, pueda llegarse a presentar del trabajador y de su aporte económico para los suyos. Obsérvese que, a diferencia de pensión de vejez, riesgo cierto y determinable, el accidente de trabajo no lo es. Razón por la que quienes dependen económicamente del trabajador, en este caso, su cónyuge e hijos menores, en los términos del artículo 47 de la ley 100 de 1993, no pueden quedar supeditados a que se resuelva una disputa entre dos entidades, en relación con cuál de ellas debe asumir la pensión.</p> <p>Esto es aún más evidente, en tratándose de personas que no cuentan con un ingreso distinto al que puedan obtener por concepto de la correspondiente prestación, hecho que hace indispensable desplegar un mecanismo que permita la satisfacción de, por lo menos, sus necesidades básicas, su mínimo vital. En caso de comprobarse que se poseen ingresos distintos a la pensión, que permitan asegurar</p>

	<p>una supervivencia digna, la correspondiente prestación dejará de ser vital para quienes la reclaman y, por tanto, podrán someterse a los rigores de un proceso ordinario, en donde se resuelva la correspondiente controversia. “</p> <p><b>Resuelve:</b>  Primeramente: Revócase la sentencia proferida Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, Sala Laboral, del cuatro (4) de marzo de 1998, que denegó la acción de tutela instaurada por Rita Higuera Uribe y Concepción Arteaga Mejía, contra la compañía Suramericana Administradora de Riesgos Profesionales y Seguros de Vida S.A.- SURATEP-. En su lugar, Concédase el amparo solicitado, en los términos expresados en la parte motiva de esta providencia.</p> <p>Segundo: En consecuencia, Ordénase que de manera transitoria, la compañía Suramericana Administradora de Riesgos Profesionales y Seguros de Vida S.A.- SURATEP-, inicie los trámites necesarios para reconocer a las señoras Rita Higuera Uribe y Concepción Arteaga Mejía, previa acreditación de los requisitos y formalidades exigidos por la ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios, la pensión de sobrevivientes a la que puedan tener derecho como consecuencia de la muerte de los señores José Edgar Moreno Ramírez y Rafael Tovar Neuta, con ocasión del accidente de trabajo que sufrieron, estando al servicio de la empresa Alvarado Düring Ltda, mientras la justicia ordinaria laboral decide el conflicto suscitado entre la compañía Suramericana Administradora de Riesgos Profesionales y Seguros de Vida S.A.- SURATEP- y la constructora Alvarado Düring Ltda.  <i>(Documento 15)</i></p>
<p>Sentencia T – 766 de 22 de Junio de 2000. expediente T-289.267</p>	<p><b>Demandante: Clara Inés Peláez Sánchez</b>  <b>Magistrado Ponente: Dr. Alejandro Martínez Caballero</b>  <b>Problema Jurídico Planteado: Derecho de Petición.</b>  <b>Corte Constitucional</b>  Acción de tutela interpuesta por Clara Inés Peláez Sánchez contra el Seguro Social.</p> <p><b>Consideraciones de la Corte Constitucional:</b></p> <p><b>Derecho de petición.</b>  El término de 15 días hábiles que señala el artículo 6º del Código Contencioso Administrativo no es aplicable a la pensión de sobrevivientes que se origina en el riesgo profesional, como quiera que la entidad administradora del riesgo está obligada a cumplir con el trámite que disponen las normas que regulan el tema, el cual excede del término general que señala el Código Contencioso Administrativo. Sin embargo, ello no significa que, ante la ausencia normativa del término para resolver, la administradora de riesgos profesionales está autorizada a no responder una solicitud o a resolver en el plazo que ella considera pertinente; puesto que, como se explicó en precedencia, el artículo 23 de la Carta exige, como garantía ineludible del derecho de petición, la respuesta oportuna de una solicitud respetuosamente presentada ante las autoridades.</p> <p><b>Resuelve:</b>  Primeramente. Confirmar el fallo proferido por el Juzgado 4º Penal Municipal de Medellín, el 29 de diciembre de 1999, dentro de la acción de tutela de la referencia.  <i>(Documento 16)</i></p>

<p>Sentencia T – 790 de 28 de Junio de 2000</p>	<p><b>Demandante: Andrea Prostini</b>  <b>Magistrado: Dr. Carlos Gaviria Díaz</b>  <b>Problema Jurídico Planteado: Debido proceso, calificación de invalidez, administradoras de riesgos profesionales.</b>  <b>Corte Constitucional</b>  Acción de tutela contra la Administradora de Riesgos Profesionales Seguros de Vida Alfa S.A. por una presunta violación de los derechos a la igualdad, al trabajo, al libre desarrollo de la personalidad y a la seguridad social.</p> <p><b>Consideraciones de la Corte Constitucional:</b>  <b>Debido Proceso. Vulneración por no reconocimiento de prestaciones económicas y asistenciales – Derecho a la seguridad social. Vulneración por no reconocimiento de prestaciones económicas y asistenciales.</b>  Frente a esos hechos, y a la firmeza que adquirió el dictamen de la Junta Regional de Calificación, debido a la consignación tardía -de parte de Seguros de Vida Alfa S.A.-, de los honorarios para hacer procedente la segunda instancia, resulta meridianamente claro que esa administradora de riesgos profesionales violó el derecho del actor a un proceso administrativo "...sin dilaciones injustificadas...", y por conexidad su derecho a la seguridad social, cuando después del 17 de noviembre de 1999, la aseguradora insistió en no reconocer al actor las prestaciones económicas y asistenciales que se desprenden de su estado de invalidez, debidamente calificado por la autoridad competente como de origen laboral.</p> <p><b>Resuelve:</b>  Primero. Revocar la sentencia proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali el 1 de diciembre de 1999 y, en su lugar, tutelar los derechos al debido proceso y la seguridad social de Andrea Prostini.  Segundo. Ordenar a la administradora de riesgos profesionales Seguros de Vida Alfa S.A., que en el término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, proceda a reconocer al señor Andrea Prostini la pensión de invalidez a la que tiene derecho, según el dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez que quedó en firme el 17 de noviembre de 1999, so pena de las sanciones contempladas en el Decreto 2591 de 1991 para el desacato.  <i>(Documento 17)</i></p>
<p>Sentencia C – 013 de 23 de Enero de 2002. Expediente D-3628</p>	<p><b>Demandante: Leonardo Cañón Ortigón</b>  <b>Magistrado: Alfredo Beltrán Sierra</b>  <b>Problema Jurídico Planteado: Pensión por accidente de trabajo o enfermedad profesional, competencia legislativa para determinación de límites máximos.</b>  <b>Corte Constitucional</b>  <b>Demanda de inconstitucionalidad en contra del artículo 51, parcial, del Decreto 1295 de 1994.</b></p> <p><b>Consideraciones de la Corte Constitucional:</b>  <b>Competencia del legislador para fijar el límite máximo de pensiones que se originen en un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.</b>  Para la Corte, el hecho de que el legislador fije un límite máximo para esta clase de pensiones, en nada vulnera el artículo 13 de la Constitución. Por el contrario,</p>

	<p>constituye una de las formas de hacerlo efectivo, pues, en la medida en que el Sistema General de Riesgos Profesionales sea viable, se garantiza el reconocimiento y pago a quienes tienen derecho, de recibir las prestaciones económicas originadas en una incapacidad permanente parcial o invalidez, que se deriven de las contingencias de accidente de trabajo o enfermedad profesional y muerte de origen profesional, tal como lo señala el artículo 2, literal c), del Decreto 1295 de 1994.</p> <p>Sólo resta señalar que como esta clase de pensiones corresponde a una prestación social y no a una indemnización, el afectado puede iniciar todas las acciones de responsabilidad que considere pertinentes (civil, penal, administrativa), encaminadas a lograr la reparación total del daño que pudo sufrir con ocasión del accidente de trabajo o la enfermedad profesional, en el caso de que le quepa alguna culpa o responsabilidad al empleador.</p> <p><b>Resuelve:</b>  Declarar exequible la expresión demandada del artículo 51 del Decreto 1295 de 1994, "Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales", por no violar el artículo 13 de la Constitución.  <i>(Documento 18)</i></p>
--	--

#### 1.4 Prevención y promoción a. Decretos.

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
Decreto 1295, 22 de Junio de 1994.	<p><b>Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.</b></p> <p><b>capitulo VI</b></p> <p><b>Prevención y promoción de riesgos profesionales</b></p> <p><b>Artículo 56. Responsables de la prevención de riesgos profesionales.</b>  La Prevención de Riesgos Profesionales es responsabilidad de los empleadores.</p> <p>Corresponde al Gobierno Nacional expedir las normas reglamentarias técnicas tendientes a garantizar la seguridad de los trabajadores y de la población en general, en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Igualmente le corresponde ejercer la vigilancia y control de todas las actividades, para la prevención de los riesgos profesionales.</p> <p>Los empleadores, además de la obligación de establecer y ejecutar en forma permanente el programa de salud ocupacional según lo establecido en las normas vigentes, son responsables de los riesgos originados en su ambiente de trabajo. Las entidades administradoras de riesgos profesionales, por delegación del estado, ejercen la vigilancia y control en la prevención de los riesgos profesionales de las empresas que tengan afiliadas, a las cuales deberán asesorar en el diseño del programa permanente de salud ocupacional.</p>

**Artículo 57. Supervisión y control de los sitios de trabajo.**

Corresponde al Ministerio de Trabajo a través de su Dirección Técnica de Riesgos Profesionales, la supervisión, vigilancia y fiscalización de la prevención de riesgos profesionales en todas las empresas, tendientes a la aplicación del programa permanente de salud ocupacional.

**Artículo 58. Medidas especiales de prevención.**

Sin detrimento del cumplimiento de las normas de salud ocupacional vigentes, todas las empresas están obligadas a adoptar y poner en práctica las medidas especiales: de prevención de riesgos profesionales.

**Artículo 59. Actividades de prevención de las administradoras de riesgos profesionales.**

Toda entidad administradora de riesgos profesionales esta obligada a realizar actividades de prevención de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, en las empresas afiliadas. Para este efecto, deberá contar con una organización idónea estable, propia o contratada.

**Artículo 60. Informe de actividades de riesgo.**

Los informes y estudios sobre actividades de riesgo adelantados por las entidades administradoras de riesgos profesionales son de conocimiento publico, así versen sobre temas específicos de una determinada actividad o empresa.

Además de hacerlos conocer al empleador interesado, deberán informarlo a los trabajadores de la respectiva empresa, de conformidad con lo que para tal fin disponga el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

**Artículo 61. Estadísticas de riesgos profesionales.**

Todas las empresas y las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán llevar las estadísticas de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, para lo cual deberán, en cada caso, determinar la gravedad y la frecuencia de los accidentes de trabajo o de las enfermedades profesionales, de conformidad con el reglamento que se expida. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en coordinación con el Ministerio de Salud establecerán las reglas a las cuales debe sujetarse el procesamiento y remisión de esta información.

**Artículo 62. Información de riesgos profesionales.**

Los empleadores están obligados a informar a sus trabajadores los riesgos a que pueden verse expuestos en la ejecución de la labor encomendada o contratada.

Todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que ocurra en una empresa o actividad económica, deberá ser informado por el respectivo empleador a la entidad administradora de riesgos profesionales y a la entidad promotora de salud, en forma simultánea, dentro de los dos días hábiles siguientes de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.

**Artículo 63. Comité paritario de salud ocupacional de las empresas.**

A partir de la vigencia del presente Decreto, el comité paritario de medicina higiene y seguridad industrial de las empresas se denominará comité paritario de salud ocupacional, y seguirá rigiéndose por la Resolución 2013 de 1983 del Ministerio de

Trabajo y Seguridad Social, y demás normas que la modifiquen o adicionen, con las siguientes reformas:

a) Se aumenta a dos años el período de los miembros del comité.

b) El empleador se obligara a proporcionar, cuando menos, cuatro horas semanales dentro de la jornada normal de trabajo de cada uno de sus miembros para el funcionamiento del comité.

### **Protección en empresas de alto riesgo**

#### **Artículo 64. Empresas de alto riesgo.**

Las empresas en las cuales se manejen, procesen o comercialicen sustancias altamente tóxicas, cancerígenas, mutágenas, teratógenas, explosivos y material radioactivo; aquellas que tengan procesos de trabajo mecanizado complejo, de extracción, perforación, construcción, fundición, altas y bajas temperaturas; generación, transformación, distribución de energía; y las empresas de actividades pertenecientes a las clases IV y V de la tabla de Clasificación de actividades económicas, de que trata el artículo 28 de este Decreto, serán consideradas como empresas de alto riesgo, y deberán inscribirse como tales en la Dirección de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia del presente Decreto.

#### **Artículo 65. Prevención de riesgos profesionales en empresas de alto riesgo.**

La Dirección de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en coordinación con el Ministerio de Salud, definirá los regímenes de vigilancia epidemiológica y de control de riesgos profesionales específicos prioritarios, los cuales serán de obligatoria aceptación y aplicación por las empresas de alto riesgo.

#### **Artículo 66. Supervisión de las empresas de alto Riesgo.**

Las entidades administradoras de riesgos profesionales y la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, supervisarán en forma prioritaria directamente o a través de terceros idóneos para el efecto, a las empresas de alto riesgo, especialmente en la aplicación del programa de salud ocupacional, los sistemas de control de riesgo profesionales y de las medidas especiales de prevención que se hayan asignado a cada empresa.

#### **Artículo 67. Informe de riesgos profesionales de empresas de alto riesgo.**

Las empresas de alto riesgo rendirán en los términos que defina el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a la respectiva entidad administradora de riesgos profesionales, un informe de evaluación del desarrollo del programa de salud ocupacional, anexando el resultado técnico de la aplicación de los sistemas de vigilancia epidemiológica, tanto a nivel ambiental como biológico y el seguimiento de los sistemas y mecanismos de control de riesgos de higiene y seguridad industrial, avalado por los miembros del comité de medicina e higiene industrial de la respectiva empresa.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales están obligadas a informar al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en su respectivo nivel territorial, dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes al informe de las empresas, las conclusiones y recomendaciones resultantes, y señalará las empresas a las cuales el Ministerio deberá exigir el cumplimiento de las normas y medidas de prevención,

	así como aquellas medidas especiales que sean necesarias, o las sanciones, si fuera el caso. (Documento 3)
--	---

## 1.5 Cobertura del sistema

### a. Decretos.

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
Decreto 1295, 22 de junio de 1994.	<p><b>Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.</b></p> <p><b>Artículo 3. Campo de aplicación.</b></p> <p>El Sistema General de Riesgos Profesionales, con las excepciones previstas en el artículo 279 de la ley 100 de 1993, se aplica a todas las empresas que funcionen en el territorio nacional, y a los trabajadores, contratistas, subcontratistas, de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes, y del sector privado en general.</p> <p><b>Artículo 4. Características del Sistema.</b></p> <p>El Sistema General de Riesgos Profesionales tiene las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Es dirigido, orientado, controlado y vigilado por el Estado.</li> <li>b) Las entidades administradoras del Sistema General de Riesgos Profesionales tendrán a su cargo la afiliación al sistema y la administración del mismo.</li> <li>c) Todos los empleadores deben afiliarse al Sistema General de Riesgos Profesionales.</li> <li>d) La afiliación de los trabajadores dependientes es obligatoria para todos los empleadores.</li> <li>e) El empleador que no afilie a sus trabajadores al Sistema General de Riesgos Profesionales, además de las sanciones legales, será responsable de las prestaciones que se otorgan en este decreto.</li> <li>f) La selección de las entidades que administran el sistema es libre y voluntaria por parte del empleador.</li> <li>g) Los trabajadores afiliados tendrán derecho al reconocimiento y pago de las prestaciones previstas en el presente Decreto.</li> <li>h) Las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales están a cargo de los empleadores.</li> <li>i) La relación laboral implica la obligación de pagar las cotizaciones que se establecen en este decreto.</li> <li>j) Los empleadores y trabajadores afiliados al Instituto de Seguros Sociales para los riesgos de ATEP, o a cualquier otro fondo o caja previsional o de seguridad social, a la vigencia del presente decreto, continúan afiliados, sin solución de continuidad, al Sistema General de Riesgos Profesionales que por este decreto se organiza.</li> <li>k) La cobertura del sistema se inicia desde el día calendario siguiente al de la afiliación.</li> <li>l) Los empleadores solo podrán contratar el cubrimiento de los riesgos profesionales de todos sus trabajadores con una sola entidad administradora de riesgos profesionales, sin perjuicio de las facultades que tendrán estas entidades</li> </ul>

	administradoras para subcontratar con otras entidades cuando ello sea necesario. (Documento 3)
--	---

**2. Financiación**  
**2.1 Cotizaciones**  
**a. Decretos.**

<b>FECHA</b>	<b>CONTENIDO DE INTERÉS</b>
Decreto 1295, 22 de Junio de 1994.	<p><b>Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.</b></p> <p><b>Cotizaciones</b>  <b>Artículo 15. Determinación de la cotización.</b></p> <p>Las tarifas fijadas para cada empresa no son definitivas, y se determinan de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) La actividad económica;</li> <li>b) Índice de lesiones incapacitantes de cada empresa; y,</li> <li>c) El cumplimiento de las políticas y la ejecución de los programas sobre salud ocupacional, determinados por la entidad administradora de riesgos profesionales correspondiente, de conformidad con los reglamentos expedidos para tal fin por el Gobierno Nacional.</li> </ul> <p><b>Artículo 16. Obligatoriedad de las cotizaciones.</b></p> <p>Durante la vigencia de la relación laboral, los empleadores deberán efectuar las cotizaciones obligatorias al Sistema General de Riesgos Profesionales.</p> <p>El no pago de dos o mas cotizaciones periódicas, implica, además de las sanciones legales, la desafiliación automática del Sistema General de Riesgos Profesionales, quedando a cargo del respectivo empleador la responsabilidad del cubrimiento de los riesgos profesionales. Para la afiliación a una entidad administradora se requerirá copia de los recibos de pago respectivos del trimestre inmediatamente anterior, cuando sea el caso.</p> <p>Parágrafo. En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o mas empleadores, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario base de cotización a cargo de cada uno de ellos.</p> <p><b>Artículo 17. Base de Cotización.</b></p> <p>La base para calcular las cotizaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales, es la misma determinada para el Sistema General de Pensiones, establecida en los artículos 18 y 19 de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.</p> <p><b>Artículo 18. Monto de las cotizaciones.</b></p> <p>El monto de las cotizaciones no podrá ser inferior al 0.348%, ni superior al 8.7%, de la base de cotización de los trabajadores a cargo del respectivo empleador.</p> <p><b>Artículo 19. Distribución de las cotizaciones.</b></p>

La cotización para el Sistema General de Riesgos Profesionales se distribuirá de la siguiente manera:

- a) El 94% para la cobertura de las contingencias derivadas de los riesgos profesionales, o para atender las prestaciones económicas y de salud previstas en este decreto, para el desarrollo de programas regulares de prevención y control de riesgos profesionales, de rehabilitación integral, y para la administración del sistema;
- b) El 5% administrados en forma autónoma por la entidad administradora de riesgos profesionales, para el desarrollo de programas, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de los afiliados, que deben desarrollar, directamente o a través de contrato, las entidades administradoras de riesgos profesionales, y
- c) El 1% para el Fondo de Riesgos Profesionales de que trata el artículo 94 de este Decreto.

**Artículo 20. Ingreso Base de Liquidación.**

Se entiende por ingreso base para liquidar las prestaciones económicas previstas en este decreto:

- a) Para accidentes de trabajo.

El promedio de los seis meses anteriores, o fracción de meses, si el tiempo laborado en esa empresa fuese inferior a la base de cotización declarada e inscrita en la entidad administradora de riesgos profesionales a la que se encuentre afiliado.

- b) Para enfermedad profesional.

El promedio del último año, o fracción de año, de la base de cotización obtenida en la empresa donde se diagnosticó la enfermedad, declarada e inscrita en la entidad administradora de riesgos profesionales a la que se encuentre afiliado.

**Artículo 23. Acciones de Cobro.**

Sin perjuicio de la responsabilidad del empleador de asumir los riesgos profesionales de sus trabajadores, en caso de mora en el pago de las primas o cotizaciones obligatorias corresponde a las entidades administradoras de riesgos profesionales adelantar las acciones de cobro con motivo del incumplimiento de las obligaciones del empleador, de conformidad con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Para tal efecto, la liquidación mediante la cual la administradora de riesgos profesionales determine el valor adeudado, prestara mérito ejecutivo.

**Artículo 24. Clasificación.**

La clasificación se determina por el empleador y la entidad administradora de riesgos profesionales al momento de la afiliación.

Las empresas se clasifican por las actividades que desempeñan, de conformidad con lo previsto en este capítulo.

**Artículo 25. Clasificación de empresa.**

Se entiende por clasificación de empresa el acto por medio del cual el empleador clasifica a la empresa de acuerdo con la actividad principal dentro de la clase de riesgo que corresponda y aceptada por la entidad administradora en el término que determine el reglamento.

Cuando una misma empresa tuviese mas de un centro de trabajo, podrá tener diferentes clases de riesgo, para cada uno de ellos por separado, bajo un misma identificación, que será el numero de identificación tributaria, siempre que exista diferenciación clara en la actividad que desarrollan, en las instalaciones locativas y en la exposición a factores d0e riesgo ocupacional.

**Artículo 26. Tabla de Clases de Riesgo.**

Para la Clasificación de Empresa se establecen cinco clases de riesgo:

TABLA DE CLASES DE RIESGO	
CLASE I	Riesgo mínimo
CLASE II	Riesgo bajo
CLASE III	Riesgo medio
CLASE IV	Riesgo alto
CLASE V	Riesgo máximo

**Artículo 27. Tabla de Cotizaciones Mínimas y Máximas.**

Para determinar el valor de las cotizaciones, el Gobierno Nacional adoptara la tabla de cotizaciones mínimas y máximas dentro de los limites establecidos en el artículo 18 de este Decreto, fijando un valor de cotización mínimo, uno inicial o de ingreso y uno máximo, para cada clase de riesgo.

Salvo lo establecido en el artículo 33 de este Decreto, toda empresa que ingrese por primera vez al sistema de riesgos profesionales, cotizara por el valor inicial de la clase de riesgo que le corresponda, en la tabla que expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, revisara y si es del caso modificara, periódicamente las tablas contenidas en el presente artículo y en el artículo anterior.

**Artículo 28. Tabla de Clasificación de Actividades Económicas.**

Hasta tanto el Gobierno Nacional la adopta, la clasificación de empresas se efectuara de conformidad con la Tabla de Clasificación de Actividades Económicas vigente para el Instituto de Seguros Sociales, contenida en el Acuerdo 048 de 1.994 de ese Instituto.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, previo concepto del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales, revisara periódicamente la tabla de clasificación de actividades económicas: cuando menos una vez cada tres (3) años, e incluirá o excluirá las actividades económicas de acuerdo al grado de riesgo de las mismas, para lo cual deberá tener en cuenta los criterios de salud ocupacional emitidos por entidades especializadas.

**Artículo 29. Modificación de la clasificación.**

La clasificación que ha servido de base para la afiliación puede modificarse por la entidad administradora de riesgos profesionales. Para ello, las entidades administradoras de riesgos profesionales podrán verificar las informaciones de los empleadores, en cualquier tiempo, o efectuar visitas a los lugares de trabajo.

Cuando la entidad administradora de riesgos profesionales determine con posterioridad a la afiliación que esta no corresponde a la clasificación real, procederá a modificar la clasificación y la correspondiente cotización, de lo cual dará aviso al interesado y a la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, para lo de su competencia, sin detrimento de lo contemplado en el artículo 91 de este Decreto.

**Artículo 30. Clasificación de transición.**

Las clasificaciones dentro de las categorías de clase y grado respectivos que rigen para los empleadores afiliados al momento de vigencia del presente Decreto, continuaran rigiendo hasta el 31 de Diciembre de 1.994. No obstante, el porcentaje de cotización para cada uno de los grados de riesgo será el previsto en el presente decreto, sin perjuicio de la modificación de la clasificación.

A partir de esta fecha se efectuaran de conformidad con lo establecido en este Decreto.

**Artículo 31. Procedimiento para la reclasificación.**

Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la comunicación de que trata el artículo 29, de este Decreto, los empleadores, mediante escrito motivado, podrán pedir a la entidad administradora de riesgos profesionales la modificación de la decisión adoptada.

La entidad administradora de riesgos profesionales tendrá treinta (30) días hábiles para decidir sobre la solicitud. Vencido este termino sin que la entidad administradora de riesgos profesionales se pronuncie, se entenderá aceptada.

**Artículo 32. Variación del monto de la cotización.**

Para variar el monto de las cotización dentro de la Tabla de Valores Mínimos y Máximos de que trata el artículo 27 de este Decreto, se tendrá en cuenta:

- a) La variación del índice de lesiones incapacitantes de la respectiva empresa, y
- b) El resultado de la evaluación de la aplicación de los programas de salud ocupacional por parte de la empresa, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto se expida.

**Parágrafo 1.** La variación del monto de las cotizaciones permanecerá vigente mientras se cumplan las condiciones que le dieron origen.

**Parágrafo 2.** La variación del monto de la cotización solo podrá realizarse cuando haya transcurrido cuando menos un año de la ultima afiliación del empleador.

**Parágrafo 3.** El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social definirá, con carácter general, la metodología de calculo del índice de lesiones incapacitantes de la respectiva empresa.

**Artículo 33. Traslado de entidades administradoras de riesgos profesionales.**

Los empleadores pueden trasladarse voluntariamente de entidad administradora de riesgos profesionales, una vez cada año, contado desde la afiliación inicial o el ultimo traslado, el cual surtirá efectos a partir del primer día del mes siguiente a

	<p>aquel en que el traslado se produjo, conservando la empresa que se traslada la clasificación y el monto de la cotización por los siguientes tres meses. (Documento 3)</p>
<p>Decreto 1772, Agosto 3 de 1994</p>	<p><b>Por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto 1295 de 1994.</b></p> <p><b>Artículo 1. Campo de aplicación.</b> El presente decreto se aplica a todos los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, organizado por el Decreto 1295 de 1994.</p> <p><b>Artículo 7. Solución de controversias.</b> Las controversias que se presenten entre las entidades administradoras con ocasión del origen del accidente, de la enfermedad, o de la muerte, serán resueltas de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 del Decreto 1295 de 1994.</p> <p>Las discrepancias generadas por cuestiones diferentes al origen, se resolverán con sujeción a lo previsto en los incisos cuarto y quinto del mismo artículo.</p> <p><b>Artículo 8. Prestación de los servicios de salud.</b> Las prestaciones asistenciales en el Sistema General de Riesgos Profesionales, se otorgarán en las mismas condiciones medias de calidad fijadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que han de prestar las entidades promotoras de salud a sus afiliados del régimen contributivo.</p> <p><b>Artículo 9. Costos de los trámites ante las juntas de calificación de invalidez.</b> El costo de los trámites ante las juntas de calificación de invalidez, se determinará de conformidad con lo establecido en el Decreto 1346 de 1994. (Documento 19)</p>

## b. Jurisprudencia

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<p>Sentencia T – 751 de 3 de Diciembre de 1998. Referencia: Expediente T-186840</p>	<p><b>Demandante: Armando de Jesús Restrepo Mesa</b> <b>Magistrado Ponente: Dr. Alfredo Beltrán Sierra</b> <b>Problema Jurídico Planteado: Sistema General de Riesgos Profesionales, mora patronal en aportes</b> <b>Corte Constitucional</b></p> <p>El actor presentó el veinte (20) de agosto de mil novecientos noventa y ocho (1998) acción de tutela ante el Juez Penal Municipal de Medellín, reparto, contra el Instituto de Seguro Social, Administradora de Riesgos Profesionales, a fin de que se tutele el derecho a la seguridad social y al mínimo vital.</p> <p><b>Consideraciones de la Corte Constitucionales:</b> <b>Mora patronal en aportes no afecta pago de prestación al trabajador.</b> En caso de que suceda el riesgo por accidente de trabajo o por enfermedad profesional, la entidad administradora de riesgos profesionales a la que se encuentre afiliado el trabajador, será responsable del pago de las prestaciones correspondientes. Una vez se efectúe la afiliación del trabajador, la entidad que asume los riesgos profesionales es responsable del pago del siniestro, siempre y cuando el empleador no se encuentre en mora de más de dos cotizaciones</p>

	<p>periódicas, regla ésta que no ha de ser interpretada literalmente para darle una aplicación mecánica y lesiva de los derechos del trabajador, puesto que la entidad administradora, tiene a su disposición los medios jurídicos que le permiten hacer exigible el pago de las cuotas patronales, y no puede excusarse del pago de una prestación cuando el trabajador no se ha desafiliado del sistema.</p> <p><b>Resuelve.</b>  Primeramente: Revócase la sentencia proferida por el Juez Sexto Penal del Circuito de Medellín que confirmó el fallo del Juez Treinta y Seis Penal Municipal de Medellín, que denegó el amparo de los derechos invocados por el actor y, en su lugar conceder la protección del derecho fundamental del peticionario a obtener la pensión de invalidez como persona disminuida físicamente. En consecuencia, ordenase al Instituto de Seguro Social que en el término de 48 horas, si no lo hubiere hecho, inicie los trámites pertinentes para el efecto.  Segundo: Líbrense por secretaría las comunicaciones a que se refiere el artículo 36 del decreto 2591 de 1991.  <i>(Documento 20)</i></p>
<p>Sentencia T – 259 de 6 de Marzo de 2000. Expediente T-259426</p>	<p><b>Demandante: Gustavo Narváez</b>  <b>Magistrado Ponente: Dr. José Gregorio Hernández Galindo</b>  <b>Problema Jurídico Planteado: Administradoras de Riesgos Profesionales, mora en pago de aportes por parte de empleador.</b>  <b>Corte Constitucional</b>  Acción de tutela incoada por Gustavo Narváez contra el Seguro Social.</p> <p><b>Consideraciones de la Corte Constitucional:</b>  En aplicación de los anteriores criterios, se estima legítima la conducta asumida por el ente demandado, pues debe tenerse en especial consideración que los recursos del sistema de seguridad social en salud son escasos, y que la efectiva cobertura a los afiliados y beneficiarios depende de los aportes que hagan las personas pertenecientes al régimen contributivo. Solo así podrá darse plena vigencia a los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia, integralidad y equidad que rigen la prestación de este servicio público esencial y obligatorio (artículos 1 2, 48, 49, 209, 365 y 366 de la Carta, en concordancia con los artículos 1, 2, 3, 4, 152, 153 y 156 de la Ley 100 de 1993).</p> <p>Si se presenta la evasión de responsabilidades de quienes tienen capacidad económica para colaborar con la financiación del sistema de seguridad social, se pone en peligro el cumplimiento de los fines esenciales del Estado Social de Derecho. Cabe recordar que, según lo dispuesto en el artículo 95 de la Constitución, las personas deben actuar conforme al principio de solidaridad social y deben contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado, conforme a los conceptos de justicia y equidad.</p> <p>Por lo anterior, resulta razonable que si el patrono se desentiende de sus obligaciones de afiliación y contribución al sistema de seguridad social, deba entonces asumir todas las cargas económicas que genere su reprochable conducta.</p> <p><b>Resuelve:</b></p>

	<p><b>Primero.-</b> Confirmar los fallos proferidos por el Juzgado 17 Laboral del Circuito de Santa Fe de Bogotá y por la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de la misma ciudad, mediante los cuales se negó la protección solicitada.</p> <p><b>Segundo.-</b> Dese cumplimiento a lo previsto en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.</p> <p>Cópiese, notifíquese, comuníquese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.</p> <p><i>(Documento 21)</i></p>
--	--

### 3. Fondo de Riesgos Profesionales

#### 3.1 Generalidades

##### a. Leyes

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
Ley 776, 17 de Diciembre de 2002.	<p><b>Artículo 22. Objeto del fondo.</b> El artículo 88 del Decreto-ley 1295 de 1994 quedará así:</p> <p>El Fondo de Riesgos Profesionales tiene por objeto:</p> <p>a) Adelantar estudios, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en todo el territorio nacional, en especial el artículo 88 del Decreto 1295 de 1994;</p> <p>b) Adelantar estudios, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en la población vulnerable del territorio nacional;</p> <p>c) También podrán financiarse estudios de investigación que soporten las decisiones que en materia financiera, actuarial o técnica se requieran para el desarrollo del Sistema General de Riesgos Profesionales, así como para crear e implementar un sistema único de información del Sistema y un Sistema de Garantía de Calidad de la Gestión del Sistema de Riesgos Profesionales.</p> <p>Parágrafo. En ningún caso la aplicación de los recursos del fondo podrá superar el cuarenta por ciento (40%) en el objeto señalado en el literal a), ni el diez por ciento 10% en el literal c) lo restante será utilizado en el literal b).</p> <p><i>(Documento 14)</i></p>

##### b. Decretos

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
Decreto 1295, 22 de Junio de 1994.	<p><b>Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.</b></p> <p><b>Artículo 87. Fondo de Riesgos Profesionales.</b> Créase el Fondo de Riesgos Profesionales como una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, cuyos recursos serán administrados en fiducia.</p>

	<p>El Gobierno Nacional reglamentará la administración y el funcionamiento de los recursos del Fondo de Riesgos Profesionales, de acuerdo con lo previsto en el presente Decreto.</p> <p><b>Artículo 89. Recursos del Fondo de riesgos profesionales.</b>  El Fondo de Riesgos Profesionales lo conforman los siguientes recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) El uno por ciento (1%) del recaudo por cotizaciones a cargo de los empleadores.</li> <li>b) Aportes del presupuesto nacional.</li> <li>c) Las multas de que trata este Decreto.</li> <li>d) Los recursos que aporten las entidades territoriales para planes de Prevención de Riesgos Profesionales en sus respectivos territorios, o de agremiaciones o federaciones para sus afiliados.</li> <li>e) Las donaciones que reciba, y en general los demás recursos que reciba a cualquier título.</li> </ul> <p><b>Artículo 90. Planes de inversión del fondo.</b>  Anualmente, dentro del primer trimestre, el Director de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social presentará los proyectos de inversión de los recursos del fondo para la siguiente vigencia, los cuales deberán ser aprobados por el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.</p> <p>Los recursos del fondo se destinarán únicamente al desarrollo de planes y programas propios del Sistema General de Riesgos Profesionales, y no podrán ser destinados a gastos de administración y funcionamiento.  <i>(Documento 3)</i></p>
--	---

### 3.2 Administración del Fondo de Riesgos Profesionales

#### a. Decretos.

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
Decreto 1833, Agosto 3 de 1994	<p><b>Por el cual se determina la administración y funcionamiento del Fondo de Riesgos Profesionales.</b></p> <p><b>Artículo 1. Fondo de riesgos profesionales.</b>  El Fondo de Riesgos Profesionales es una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.</p> <p><b>Artículo 3º. Administración del fondo.</b>  De conformidad con el literal h) del artículo 70 del Decreto 1295 de 1994, el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales debe aprobar el presupuesto general de gastos del Fondo de Riesgos Profesionales.</p> <p>Los recursos del Fondo de Riesgos Profesionales sólo podrán ser administrados en fiducia, según lo ordena el artículo 87 del Decreto 1295 de 1994. Para estos efectos, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, podrá elegir una de las sociedades fiduciarias autorizadas que le presenten propuestas, mediante el proceso de contratación autorizado en el artículo 32 de la Ley 80 de 1993.  <i>(Documento 22)</i></p>

<p>Decreto 305, Febrero 10 de 1995</p>	<p><b>Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 25 de la Ley 100 de 1993.</b></p> <p><b>Artículo 1.</b> Para efectos de lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 100 de 1993, son sociedades fiduciarias de naturaleza pública aquellas en las cuales el Estado tenga participación superior al 50% del capital social.</p> <p>Para los mismos efectos se considera que hacen parte del sector social solidario las sociedades fiduciarias y las administradoras de fondos de pensiones y/o cesantías, en las que más del cincuenta por ciento (50%) del capital social pertenezca a entidades cooperativas, fondos de empleados, fondos mutuos de inversión, organizaciones sindicales, bancos cooperativos o cajas de compensación familiar.</p> <p><b>Artículo 2.</b> Cuando a ello haya lugar, para calcular la cifra a que se refiere el primer inciso del artículo anterior se aplicará el artículo 467 del Código de Comercio. <i>(Documento 23)</i></p>
<p>Decreto 676, Abril 26 de 1995</p>	<p><b>Por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto 1295 de 1994 y se aclaran y modifican unos artículos del Decreto 1833 de 1994.</b></p> <p><b>Artículo 1°.</b> El literal b) del artículo 4° del Decreto 1833 de 1994 quedará así: "Contar con un adecuado sistema de información de los programas de prevención y demás actividades adelantadas por el Fondo y con personal capacitado para el desarrollo de las actividades a cargo de la Fiduciaria".</p> <p><b>Artículo 3.</b> El artículo 7° del Decreto 1833 de 1994 quedará así: "Recaudo de los recursos por parte de la Sociedad Fiduciaria. La sociedad fiduciaria que administre los recursos del Fondo de Riesgos Profesionales, recaudará los siguientes recursos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los aportados por el Presupuesto Nacional.</li> <li>2. Los provenientes de las entidades territoriales para planes de prevención de riesgos profesionales en su jurisdicción.</li> <li>3. Los que se originen por donaciones.</li> <li>4. Los que tengan su origen en las multas previstas en el artículo 91 del Decreto 1295 de 1994.</li> <li>5. El 1% de las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales.</li> </ol> <p><b>Parágrafo.</b> El cobro coactivo de las multas de que trata el numeral 4° de este artículo, lo efectuará la entidad competente para sancionar".</p> <p><b>Artículo 4.</b> Sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 90 del Decreto 1295 de 1994, durante el primer trimestre del año en que se reúna por primera vez el Consejo de Riesgos Profesionales, dicho órgano aprobará los proyectos de inversión del Fondo de Riesgos Profesionales para el mismo año. <i>(Documento 24)</i></p>
<p>Decreto 1859, Octubre 26 de</p>	<p><b>Por el cual se reglamentan parcialmente las inversiones del Fondo de Riesgos Profesionales.</b></p> <p><b>Artículo 1. Modificación de los planes de inversión del Fondo de Riesgos</b></p>

1995	<p><b>Profesionales.</b>          Cuando se modifique la apropiación prevista en el Presupuesto General de la Nación para el Fondo de Riesgos Profesionales o cuando el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales lo considere conveniente para lograr los propósitos del Fondo, dicho órgano podrá modificar, sustituir o adicionar los proyectos de inversión que hayan sido aprobados de acuerdo con lo previsto en el artículo 90 del Decreto 1295 de 1994. En tal caso, el Consejo podrá solicitar a la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la elaboración de la propuesta respectiva para su consideración y aprobación.  <i>(Documento 25)</i></p>
------	---

#### 4. Dirección, Vigilancia y control

##### 4.1 Dirección y administración

###### a. Decretos

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
Decreto 1295, 22 de Junio de 1994.	<p><b>Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.</b></p> <p><b>Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.</b></p> <p><b>Artículo 69. El Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.</b>          Créase el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales, adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, como un órgano de dirección del Sistema General de Riesgos Profesionales, de carácter permanente, conformado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) El Ministro de Trabajo y Seguridad Social, o su viceministro, quien lo presidirá;</li> <li>b) El Ministro de Salud, o el viceministro;</li> <li>c) El Consejero de Seguridad Social de la Presidencia de la República, o quien haga sus veces;</li> <li>d) El representante legal del Instituto de Seguros Sociales, o su delegado;</li> <li>e) Un representante de las entidades administradoras de riesgos profesionales, diferente al anterior;</li> <li>f) Dos (2) representantes de los empleadores;</li> <li>g) Dos (2) representantes de los trabajadores; y,</li> <li>h) Un (1) representante de las asociaciones científicas de salud ocupacional.</li> </ul> <p><b>Parágrafo.</b> El Consejo Nacional de Riesgos Profesionales tendrá un Secretario Técnico que será el Director Técnico de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, o quien haga sus veces.</p> <p>La Secretaría tendrá a su cargo la presentación de los estudios técnicos y proyectos destinados a la protección de los riesgos profesionales.</p> <p><b>Artículo 70. Funciones del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.</b>          El Consejo Nacional de Riesgos Profesionales tiene las siguientes funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Recomendar la formulación de las estrategias y programas para el Sistema General de Riesgos Profesionales, de acuerdo con los planes y programas de</li> </ul>

- desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.
- b) Recomendar las normas técnicas de salud ocupacional que regulan el control de los factores de riesgo.
  - c) Recomendar las normas de obligatorio cumplimiento sobre las actividades de promoción y prevención para las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales.
  - d) Recomendar la reglamentación sobre la recolección, transferencia y difusión de la información sobre riesgos profesionales.
  - e) Recomendar al Gobierno Nacional las modificaciones que considere necesarias a la tabla de clasificación de enfermedades profesionales.
  - f) Recomendar las normas y procedimientos que le permitan vigilar y controlar las condiciones de trabajo en las empresas.
  - g) Recomendar el plan nacional de salud ocupacional.
  - h) Aprobar el presupuesto general de gasto del Fondo de Riesgos Profesionales, presentado por el secretario técnico del consejo.

**Parágrafo.** Para el ejercicio de las atribuciones señaladas en el presente artículo, los actos expedidos por el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales requieren para su validez la aprobación del Gobierno Nacional.

**Artículo 71. Comité Nacional de Salud Ocupacional.**

El Comité Nacional de Salud Ocupacional, creado mediante el Decreto 586 de 1983, será un órgano asesor del Consejo y consultivo de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Este comité se integra por:

- a) El Subdirector de la Subdirección Preventiva de Salud Ocupacional de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social;
- b) El Subdirector de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud;
- c) El jefe de la dependencia competente de Salud Ocupacional o riesgos profesionales del Instituto de Seguros Sociales;
- d) El Jefe de Salud Ocupacional del Instituto Nacional de Salud;
- e) Un representante de las entidades administradoras de riesgos profesionales;
- f) Dos representantes de los trabajadores; y,
- g) Dos representantes de los empleadores.

Este comité cumplirá con las funciones que venía ejecutando.

**Parágrafo 1.** Los comités seccionales de salud ocupacional tendrán la composición del Decreto 596 de 1983, y actuarán, adicionalmente, como asesores de las Direcciones Regionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y de los servicios seccionales y municipales de salud.

**Parágrafo 2.** Créanse los comités locales de salud ocupacional en lo municipios cuya densidad poblacional así lo requiera, los cuales se conformarán en la misma forma de los comités seccionales, y tendrán, en su respectiva jurisdicción las mismas funciones.

**Capítulo VIII.**

## **Administración del sistema.**

### **Artículo 77. Entidades Administradoras.**

A partir de la vigencia del presente Decreto, el Sistema General de Riesgos Profesionales solo podrá ser administrado por las siguientes entidades:

- a) El Instituto de Seguros Sociales.
- b) Las entidades aseguradoras de vida que obtengan autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de seguro de riesgos profesionales.

### **Artículo 78. Del Instituto de Seguros Sociales.**

El Instituto de Seguros Sociales continuará administrando los riesgos profesionales de conformidad con sus reglamentos, los cuales deberán ajustarse a lo dispuesto en este Decreto.

Los empleadores que al momento de entrar en vigencia el presente Decreto se encuentren afiliados al ISS, podrán trasladarse a otra entidad administradora de riesgos profesionales debidamente autorizada.

Los recursos provenientes de riesgos profesionales deberán ser manejados en cuentas separadas de los demás recursos del Instituto y deberá llevarse una contabilidad independiente sobre ellos.

### **Artículo 79. Requisitos para las compañías de seguros.**

Las entidades aseguradoras de vida que pretendan obtener autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de seguro de riesgos profesionales deberán:

- a) Acreditar un patrimonio técnico saneado no inferior a la cuantía que periódicamente señale el Gobierno Nacional, de conformidad con las disposiciones legales vigentes, en adición a los montos requeridos para los demás ramos.
- b) Disponer de capacidad humana y técnica especializada suficiente para cumplir adecuadamente con la administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.
- c) Conformar, dentro de su estructura orgánica, un departamento de prevención de riesgos profesionales, que será el responsable de la planeación, organización, ejecución y supervisión de las actividades de que tratan los numerales 6 y 7 del artículo siguiente, o alternativamente contratar a través de terceros esta función.

Parágrafo transitorio. Durante el año de 1994 las entidades aseguradoras de vida que soliciten autorización a la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de seguro de riesgos profesionales, deberán acreditar un patrimonio técnico saneado no inferior a quinientos millones de pesos (\$500.000.000), en adición a los requerimientos legalmente previstos para los demás ramos.

### **Artículo 80. Funciones de las entidades administradoras de riesgos profesionales.**

Las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales tendrán a su cargo, entre otras, las siguientes funciones:

- a) La afiliación;

- b) El registro;
- c) El recaudo, cobro y distribución de las cotizaciones de que trata este Decreto;
- d) Garantizar a sus afiliados, en los términos de este Decreto, la prestación de los servicios de salud a que tienen derecho;
- e) Garantizar a sus afiliados el reconocimiento y pago oportuno de las prestaciones económicas, determinadas en este Decreto;
- f) Realizar actividades de prevención, asesoría y evaluación de riesgos profesionales;
- g) Promover y divulgar programas de medicina laboral, higiene industrial, salud ocupacional y seguridad industrial;
- h) Establecer las prioridades con criterio de riesgo para orientar las actividades de asesoría de que trata el artículo 39 de este Decreto;
- i) Vender servicios adicionales de salud ocupacional de conformidad con la reglamentación que expida el gobierno nacional.

**Parágrafo 1.** Las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán contratar o conformar equipos de prevención de riesgos profesionales, para la planeación, organización, ejecución y supervisión de las actividades de que tratan los numerales 6º y 7º del presente artículo.

**Parágrafo 2.** Las entidades administradoras de riesgos profesionales podrán adquirir, fabricar, arrendar y vender, los equipos y materiales para el control de factores de riesgo en la fuente, y en el medio ambiente laboral. Con el mismo fin podrán conceder créditos debidamente garantizados.

**Artículo 81. Promoción y asesoría para la afiliación.**

Las entidades administradoras de riesgos profesionales podrán, bajo su responsabilidad y con cargo a sus propios recursos, emplear para el apoyo de sus labores técnicas a personas naturales o jurídicas debidamente licenciadas por el Ministerio de Salud para la prestación de servicios de salud ocupacional a terceros.

Los intermediarios de seguros sujetos a la supervisión permanente de la Superintendencia Bancaria, podrán realizar actividades de Salud Ocupacional si cuentan con una infraestructura técnica y humana especializada para tal fin, previa obtención de licencia para prestación de servicios de salud ocupacional a terceros.

Las administradoras de Riesgos Profesionales, deberán promocionar el Sistema de Riesgos Profesionales entre los empleadores, brindando la asesoría necesaria para que el empleador seleccione la administradora correspondiente.

Si para la selección de la administradora de Riesgos Profesionales el empleador utiliza algún intermediario, deberá sufragar el monto del honorario o comisión de éste con cargo a sus propios recursos, y en ningún caso dicho costo podrá trasladarse directa o indirectamente al trabajador.

Parágrafo. Lo previsto en el capítulo III del Decreto 720 de 1994, o las normas que lo modifiquen, será aplicable a las entidades administradoras de riesgos profesionales.

**Artículo 82. Publicidad.**

Toda publicidad de las actividades de las administradoras deberá sujetarse a las

	<p>normas que sobre el particular determine la Superintendencia Bancaria, en orden a velar porque aquella sea veraz y precisa. Tal publicidad solamente podrá contratarse con cargo al presupuesto de gastos de administración de la respectiva entidad.</p> <p>Para este efecto, no se considera publicidad, los programas de divulgación de normas y procedimientos y en general de promoción, educación y prevención de riesgos profesionales.</p> <p><b>Artículo 83. Garantía a las Prestaciones económicas reconocidas por este Decreto.</b></p> <p>Sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones a cargo de los reaseguradores, la Nación, a través del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras FOGAFIN, garantiza el pago de las pensiones en caso de menoscabo patrimonial o suspensiones de pago de la entidad administradora de riesgos profesionales, de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto se expida.</p> <p>El Fondo de Garantías de Instituciones Financieras señalará las primas correspondientes a esta garantía y su costo será asumido por las entidades administradoras de riesgos profesionales. En todo caso las administradoras de riesgos profesionales responderán en primera instancia con sus propios recursos.</p> <p>Para todos los efectos, los aportes al sistema general de riesgos profesionales tienen el carácter de dineros públicos. (Documento 3)</p>
<p>Decreto 1542, julio 19 de 1994</p>	<p><b>Por el cual se reglamenta la integración y funcionamiento del Comité Nacional de Salud Ocupacional.</b></p> <p><b>Artículo 1. Representante de las entidades administradoras de riesgos profesionales.</b></p> <p>Las entidades administradoras de riesgos profesionales, diferentes al Instituto de Seguros Sociales, ISS, por intermedio de sus asociaciones gremiales reconocidas por el Gobierno Nacional, deben presentar al Ministro de Trabajo y Seguridad Social, para cada período, terna de candidatos para integrar el Comité Nacional de Salud Ocupacional.</p> <p><b>Artículo 2. Representantes de los empleadores.</b></p> <p>Para escoger los representantes de los empleadores al Comité Nacional de Salud Ocupacional, las organizaciones gremiales que se citan a continuación deben presentar al Ministro de Trabajo y Seguridad Social, para cada período, sendas ternas de candidatos, así: Asociación Nacional de Industriales, Asociación Colombiana Popular de Industriales, Federación Nacional de Comerciantes, Cámara Colombiana de la Construcción, Sociedad de Agricultores de Colombia.</p> <p><b>Artículo 3. Representantes de los trabajadores.</b></p> <p>Para escoger los representantes de los trabajadores al Comité Nacional de Salud Ocupacional, las confederaciones de trabajadores reconocidas por el Gobierno Nacional deben presentar al Ministro de Trabajo y Seguridad Social, para cada período, sendas ternas de candidatos.</p> <p>En caso que las confederaciones de trabajadores a que hace referencia este</p>

	<p>artículo no presentasen las ternas de candidatos, éstas se solicitarán a las asociaciones de trabajadores afiliados al sistema de seguridad social integral.</p> <p><b>Artículo 6. Período de los representantes.</b> Los representantes al Comité Nacional de Salud ocupacional de que tratan los artículos 1º, 2º y 3º de este Decreto tendrán un período de dos (2) años.</p> <p><b>Artículo 9 Funcionamiento del Comité Nacional de Salud Ocupacional.</b> El Comité Nacional de Salud Ocupacional funcionará en la siguiente forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estará presidido por el titular de la subdirección preventiva de salud ocupacional del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.</li> <li>2. Actuará como secretario del comité el titular de la subdirección de control de invalidez del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.</li> <li>3. El comité se reunirá, en forma ordinaria, una vez al mes.</li> </ol> <p><i>(Documento 26)</i></p>
<p>Decreto 16, Enero 9 de 1997</p>	<p><b>Por el cual se reglamenta la integración, el funcionamiento y la red de los comités Nacional, Seccionales y Locales de Salud Ocupacional.</b></p> <p><b>Artículo 1. De la participación democrática en el Sistema General de Riesgos Profesionales.</b> Con el propósito de facilitar la participación democrática de todos los actores del Sistema General de Riesgos Profesionales en las decisiones que los afectan en aspectos o, económicos, administrativos y culturales, el presente Decreto fortalece, reglamenta y estructura los comités Nacional, Seccionales y Locales de Salud Ocupacional.</p> <p><b>Artículo 6. Integración del Comité Nacional de Salud Ocupacional.</b> El Comité Nacional de Salud Ocupacional estará integrado por las entidades señaladas en el artículo 71 del Decreto-ley 1295 de 1994, de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El Titular de la Subdirección Preventiva de Salud Ocupacional de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.</li> <li>2. El Subdirector de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud.</li> <li>3. El Jefe de la dependencia competente de Salud Ocupacional o Riesgos Profesionales del Instituto de Seguros Sociales.</li> <li>4. El Jefe de Salud Ocupacional del Instituto Nacional de Salud.</li> <li>5. Un representante de las entidades administradoras de Riesgos Profesionales diferentes al Instituto de Seguros Sociales.</li> <li>6. Dos representantes de los trabajadores, y</li> <li>7. Dos representantes de los empleadores.</li> </ol> <p><b>Artículo 26. Actividades de los comités.</b> Las actividades de los Comités Nacional, Seccionales y Locales de Salud Ocupacional, deben ajustarse a las disposiciones legales vigentes; a los Planes Nacional, Departamentales y Municipales de Salud Ocupacional; y a las orientaciones de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales.</p> <p><i>(Documento 27)</i></p>

**4.2 Vigilancia y control**  
**a. Decretos.**

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
Decreto 1295, 22 de Junio de 1994.	<p><b>Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.</b></p> <p><b>Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.</b></p> <p><b>Artículo 72. Creación y funciones de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.</b>            Créase la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales como una dependencia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y cuyas funciones generales serán las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Promover la prevención de los riesgos profesionales.</li> <li>b) Vigilar y controlar la organización de los servicios de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que adelanten las Entidades Administradoras de riesgos profesionales.</li> <li>c) Vigilar que las empresas y las administradoras de riesgos profesionales adelanten las investigaciones de los factores determinantes de los accidentes de trabajo y la aparición de enfermedades profesionales.</li> <li>d) Asesorar a las autoridades administrativas en materia de riesgos profesionales.</li> <li>e) Formular, coordinar, adoptar políticas y desarrollar planes y programas en las áreas de la salud ocupacional y medicina laboral, tendientes a prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo o la aparición de enfermedades profesionales, de conformidad con lo que para tal fin establezca el consejo nacional de riesgos profesionales.</li> <li>f) Elaborar, anualmente, el proyecto de presupuesto de gastos del Fondo de Riesgos Profesionales para aprobación del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.</li> <li>g) Vigilar el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez de que tratan los artículos 42 y 43 de la ley 100 de 1.993 y sus reglamentos.</li> <li>h) Las demás que le fijen la ley, los reglamentos o el Ministro de Trabajo y Seguridad Social.</li> </ul> <p><b>Parágrafo.</b> El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a través de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales, es el órgano de dirección estatal en materia de riesgos profesionales.</p> <p>Con excepción del Ministerio de Salud, las funciones de salud ocupacional de organismos diferentes a los previstos en este Decreto tendrán en adelante carácter consultivo.</p> <p>Las normas de carácter técnico que se expidan con relación a la salud ocupacional, requieren el concepto previo del Ministerio de Salud.</p> <p><b>Artículo 73. Estructura de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales.</b>            La Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social tendrá la siguiente estructura:</p>

- a) Subdirección Preventiva de Salud Ocupacional.
- b) Subdirección de Control de Invalidez.

**Artículo 74. Subdirección Preventiva de Salud Ocupacional.**

La Subdirección Preventiva de Salud Ocupacional tiene las siguientes funciones:

- a) Controlar y vigilar la aplicación de normas en salud ocupacional en todo el territorio nacional.
- b) Coordinar con el Ministerio de Salud, las entidades públicas y privadas, nacionales, internacionales y extranjeras, la planeación y el funcionamiento de los programas de salud ocupacional que se desarrollen en el país.
- c) Desarrollar programas de divulgación, información e investigación en salud ocupacional.
- d) Proponer la expedición de normas en el área de la salud ocupacional.
- e) Proponer e impulsar programas de extensión de los servicios de salud ocupacional para la población afiliada.
- f) Establecer los procedimientos para la emisión de conceptos técnicos en relación con medicina laboral y salud ocupacional.
- g) Evaluar la gestión y desarrollo de los programas de salud ocupacional.
- h) Asesorar al Director Técnico en aspectos relacionados con el área de salud ocupacional.
- i) Llevar el registro estadístico de riesgos, con la información que para el efecto determine el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- j) Las demás que le asigne o le delegue el Director Técnico o el Ministro de Trabajo y Seguridad Social.

**Artículo 75. Subdirección de Control de Invalidez.**

La Subdirección de Control de Invalidez tiene las siguientes funciones:

- a) Controlar y vigilar la organización y funcionamiento de las Juntas Nacional y Regionales de Invalidez de que tratan los artículos 42 y 43 de la ley 100 de 1993 y sus reglamentos.
- b) Proponer modificaciones a las tablas de enfermedad profesional y calificación de grados de invalidez.
- c) Controlar, orientar y coordinar, los programas de medicina laboral y de salud ocupacional que adelanten las entidades administradoras de riesgos profesionales.
- d) Las demás que le asigne o le delegue el Director Técnico o el Ministro de Trabajo y Seguridad Social.

**Artículo 76. Direcciones regionales de trabajo.**

Además de las funciones que les han sido asignadas, las direcciones regionales de trabajo, bajo la coordinación del Director Técnico de Riesgos Profesionales, deberán:

- a) Velar por la aplicación de las leyes y reglamentos en lo concerniente a la prevención de los riesgos, y ordenar a las empresas, a solicitud de las entidades administradoras de riesgos profesionales, que se ajusten a ellos.
- b) Emitir las órdenes necesarias para que se suspendan las prácticas ilegales, o no autorizadas, o evidentemente peligrosas, para la salud o la vida de los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales.

c) Las demás que le asigne el Ministro de Trabajo y Seguridad Social.

**Parágrafo.** Para el cumplimiento de estas funciones, las direcciones regionales de trabajo tendrán como órgano consultor a los comités seccionales de salud ocupacional.

Así mismo, la prevención de enfermedades profesionales en los ambientes de trabajo, podrá ser coordinada con las reparticiones correspondientes del Ministerio de Salud.

### **Capítulo VIII.**

#### **Artículo 84. Vigilancia y Control.**

Corresponde a la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la vigilancia y control de todos los aspectos relacionados con la administración, prevención, atención y control de los riesgos profesionales que adelanten las entidades administradoras de riesgos profesionales.

Corresponde a la Superintendencia Bancaria el control y vigilancia de las entidades administradoras de riesgos profesionales, en relación con los niveles de patrimonio, reservas, inversiones y el control financiero, sin perjuicio de las demás funciones asignadas de manera general a la Superintendencia Bancaria para las labores de inspección y vigilancia respecto de las entidades vigiladas.

Corresponde al Ministerio de Salud el control y vigilancia de la prestación de los servicios de salud en los términos establecidos en el Libro II de la ley 100 de 1993.

#### **Artículo 85. Obligación de aceptar a todos los afiliados que lo soliciten.**

Las entidades administradoras de riesgos profesionales no podrán rechazar a las empresas ni a los trabajadores de estas.

#### **Artículo 86. Reglas relativas a la competencia.**

Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre empresarios, las decisiones de asociaciones empresariales y las prácticas concretadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia entre las entidades administradoras de riesgos profesionales.

No tendrán carácter de práctica restrictiva de la competencia, la utilización de tasas puras de riesgos, basadas en estadísticas comunes.

La Superintendencia Bancaria, de oficio o a petición de parte, podrá ordenar como medida cautelar o definitivamente, que las entidades administradoras del Sistema General de Riesgos Profesionales se abstengan de realizar tales conductas, sin perjuicio de las sanciones que con arreglo a sus distribuciones generales pueda imponer.

*(Documento 3)*

### **III. Bibliografía.**

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<p>Jaramillo Pérez, Iván.</p> <p><b><u>SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES, EN: 10 AÑOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA, ANÁLISIS LEGISLATIVO, NORMATIVO Y ESTADÍSTICO DE LOS 10 AÑOS DE LA LEY 100 DE 1993.</u></b></p> <p>Fasecolda, Bogotá. 2002.</p> <p><i>Fuente: particular</i></p>	<p><b>El concepto de Sistema General de Riesgos Profesionales.</b> Las normas legales han definido que el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) es "...el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan".</p> <p><b>El componente económico.</b> El componente económico del plan de beneficios del SGRP busca reconocer y pagar a los afiliados las prestaciones económicas por incapacidad permanente parcial o invalidez, que se derivan de las contingencias por accidente de trabajo o enfermedad profesional y muerte de origen profesional.</p> <p><b>El componente de salud.</b> El componente de salud del plan de beneficios del SGRP busca establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra los riesgos derivados e la organización del trabajo que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo, tales como los físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, de saneamiento y de seguridad; así mismo, fijar las prestaciones de atención de la salud de los trabajadores y las prestaciones económicas por incapacidad temporal a que halla lugar frente a las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional.</p> <p><b>La financiación del SGRP.</b> El SGRP es totalmente autofinanciable y no recibe subsidios del Estado. Gracias a la constitución de las distintas reservas se garantiza el pago de todas las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores que sufren de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.</p> <p><b>Las cotizaciones en el SGRP.</b> El SGRP sólo se nutre de los aporte de los patronos y de los trabajadores independientes. El monto de las cotizaciones se establece como resultado de aplicar un porcentaje o tarifa sobre el costo de la nomina, pero no en la misma proporción para todas las empresas, sino en forma variable, según sea el riesgo de la actividad económica de cada empresa en particular.</p> <p><b>Vigilancia y control del SGRP.</b> El SGRP tiene un doble sistema de vigilancia y control, pues se articulan mecanismos internos de cada empresa con instituciones externas de control gubernamental. (Documento 28)</p>

#### IV. Información de periódicos y revistas

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<p><b><u>LEY 776:</u></b> <b><u>ESTABILIZO</u></b> <b><u>SISTEMA</u></b> <b><u>GENERAL</u></b> <b><u>DE</u></b> <b><u>RIESGOS</u></b> <b><u>PROFESIONALES.</u></b> Periódico El Pulso. <i>Fuente:</i> <i>Archivo</i> <i>Periódico</i> <i>El Pulso</i> <i>en</i> <i>Internet</i></p>	<p>Aunque a las carreras, el gobierno cumplió el plazo para tramitar la Ley 776, que revivió los 18 artículos del decreto 1295 que habían sido declarados inexecutable por la Corte Constitucional. De lo contrario se hubiera entrado en un limbo jurídico que dejaría sin bases legales los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales y las pensiones de invalidez.</p> <p>El plazo que dio la Corte para que el Congreso expidiera una nueva ley vencía el pasado el 17 de diciembre, y precisamente ese día fue firmada por el presidente de la república; por eso la urgencia del señor ministro Juan Luis Londoño, para radicar el proyecto de ley que evitaba el caos en el Sistema General de Riesgos Profesionales -SGRP-. La nueva ley permitió superar el vacío en el SGRP e incluir mejoras fundamentales en el decreto 1295. El ministro afirmó que con la decisión del Congreso, los trabajadores colombianos cuentan a partir de ahora con la estabilidad jurídica para las prestaciones económicas.</p> <p>El proyecto recogió sugerencias de los sindicatos, las agremiaciones, Ministerios de Hacienda y Trabajo, representantes del sector asegurador, entre otros, lo cual facilitó su tránsito en el Congreso, dado el plazo otorgado por la Corte Constitucional.</p> <p>Entre las modificaciones se destacan la cobertura de la cotización y el traslado en el sistema, pues desde ahora los trabajadores podrán quedar afiliados al SGRP el mismo día de la vinculación laboral, evitando de esta manera la desprotección en casos de empleos que requieran la afiliación inmediata al sistema.</p> <p><b>Otras modificaciones</b></p> <p>Un empleador afiliado a la ARP del ISS solo se podrá cambiar de administradora cada dos años y los afiliados a otras ARP cada año. La cotización al SGRP dependerá de la actividad económica de la empresa, de la siniestralidad, de los programas anuales de prevención y del índice de lesiones incapacitantes. Así se garantiza la continuidad en los programas de prevención de riesgos y se estimulará con la disminución de la cotización para los empleadores, a las empresas donde no se presenten accidentes de trabajo.</p> <p>El plazo para que las ARP cancelen las facturas presentadas por IPS y EPS será de un mes, el mismo que se aplica la calificación de las contingencias. Esto mejora el flujo de recursos al SGSSS y agiliza trámites de calificación, todo en beneficio del trabajador.</p> <p>Uno de los vacíos del decreto 1295 era la falta de claridad sobre lo que era un accidente de trabajo: la nueva ley da facultades al gobierno para determinar un listado de enfermedades que se presumirán como profesionales, lo que agilizará los procesos de reconocimiento y los derechos del trabajador.</p> <p>La nueva norma también señala que en una incapacidad temporal se reconocerá el 100% del salario mientras el trabajador se reincorpora a su labor, y quedan definidos los tiempos para el pago de las prestaciones económicas por parte de las ARP; además, se introduce el concepto de incapacidades permanentes parciales por pagos mensuales y pensión de invalidez integrada, o sea que además de pensionar al trabajador inválido, la ARP también asume la cotización al Sistema</p>

	<p>General de Pensiones. Así, se integran los sistemas de Seguridad Social de Pensiones y Riesgos, garantizando los derechos de los trabajadores. La pensión por invalidez que reconocen las ARP, será de entre el 60% y el 75% del salario del empleado afectado y la pensión para sobrevivientes de un trabajador que (Documento 29)</p>
--	--

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<p><b><u>DIAGNOS TICO DE LA ENFERM EDAD PROFESI ONAL: UNA URGENCI A</u></b>            Periódico            El Pulso.  <i>Fuente:</i>            Archivo            Periódico            El Pulso            en            Internet</p>	<p>El Consejo Nacional de Seguridad Social en su informe al Congreso junio 2000-junio 2001 plantea: "El no haber logrado que el prestador de servicios diagnostique y registre las enfermedades ocupacionales como tales y no como enfermedad común, agrava aún más la crisis financiera del sistema de salud, ya que no está siendo asumida por el Sistema de Riesgos Profesionales.</p> <p>Las causas de ello son múltiples, hay dificultades para el reconocimiento de la causalidad ocupacional de las enfermedades profesionales principalmente, lo que a su vez hace incierto el pago por parte de las Administradoras de Riesgos Profesionales, generando un desestímulo al prestador para registrar correctamente dicho evento. Lo más grave, es que es el trabajador el que más pierde, tanto en prestaciones económicas como en atención en salud, en caso de quedar cesante". Los entornos comunes de trabajo distan mucho de ser inocuos. La Organización Mundial de la Salud (1995), calcula que se registran de 68 a 157 millones de casos nuevos de enfermedades profesionales cada año en el mundo.</p> <p>Las cargas pesadas de trabajo físico o las condiciones de trabajo ergonómicamente deficientes, pueden llevar a lesiones y trastornos músculo esqueléticos. Se calcula que del 50 al 70% de la fuerza laboral en los países en desarrollo están expuestos a cargas físicas pesadas, en especial mineros, agricultores, leñadores, pescadores y trabajadores de la construcción (IUNES, R. 2001)1.</p> <p>Además, debe tenerse en cuenta la necesidad de sobrellevar el ritmo implacable y estresante de adquirir constantemente nuevos conocimientos y técnicas, adaptarse a nuevos tipos de trabajo, aumentar la calidad y cantidad de lo producido, y hacerlo todo cada vez más rápido, situación que traerá más riesgos de padecer enfermedades y trastornos psicosociales, patologías de difícil diagnóstico y manejo (Piedrahíta, 1998.)</p> <p><b>Dificultades para el diagnóstico de enfermedades profesionales</b>            Con relación a los diagnósticos de enfermedad profesional, hay una variedad de calificaciones de enfermedades definidas como de origen profesional entre los diferentes países del mundo. Cada país establece una lista individual de patologías, lo que dificulta la estandarización y manejo de estadísticas mundiales frente al tema de la enfermedad profesional. En este sentido, es importante indicar que la Organización Internacional del Trabajo OIT, en su Nonagésima reunión en Ginebra en el presente año, ha presentado una Recomendación sobre la lista de enfermedades profesionales que debiera ser adaptada por todos los países en el mundo. Esta recomendación destaca al cáncer ocupacional como una de las 4 categorías que deben ser consideradas por los países al elaborar sus listas de enfermedades profesionales. Las 4 categorías recomendadas son: 1- Enfermedades desglosadas según sus agentes (físicos, químicos y biológicos); 2-</p>

Enfermedades clasificadas según el sistema o aparato afectado (respiratorio, piel y osteomuscular); 3- Cáncer profesional y 4- Otras enfermedades (Acta provisional 24B OIT, 2002).

### **Estados Unidos y América Latina**

Para América Latina y el Caribe, se estima una notificación incompleta tanto de accidentes como de enfermedades profesionales. Según IUNES, "las cuestiones de seguridad y salud en el trabajo se enmarcan en el contexto más general de controversias laborales, en las cuales el deseo de los empleadores de reducir su responsabilidad civil por enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo, lleva a que no estén dispuestos a reconocer problemas de salud en el trabajo y a la resistencia de notificarlos cuando lo saben".

Según cálculos de la OMS, en América Latina y el Caribe se notifica entre el 1y 4% de todas las enfermedades ocupacionales; por lo general, se registran solamente los casos que causan incapacidad sujeta a indemnización. Las enfermedades ocupacionales tradicionales más reportadas en todos los países, son la hipoacusia ocupacional, intoxicaciones agudas por plaguicidas y metales pesados, y enfermedades dermatológicas y respiratorias (OPS, 2000).

### **¿Cómo estamos en Colombia?**

Un reciente estudio adelantado por el grupo de fomento de la salud del Ministerio de Salud, analizó los reportes de enfermedad profesional en las diferentes EPS del país en el año 2000 y primer semestre de 2002 (Tafur, 2002)<sup>4</sup>. El estudio ratifica los hallazgos de subregistro de enfermedad profesional ya conocidos en el país, siendo la tasa de enfermedad profesional cerca de 20 casos por cada 100.000 afiliados cotizantes. Dos trastornos osteomusculares, el Síndrome del Túnel Carpiano y la Lumbalgia, fueron los diagnósticos más frecuentes con un 26% y 14% respectivamente, seguidos por la hipoacusia neurosensorial con un 7% del total de casos.

Este panorama corrobora las cifras ya conocidas con registros de 864 casos nuevos de enfermedad profesional en 1997 y solamente 895 en el 2000, denotando el marcado subregistro de enfermedad profesional y limitando la introducción de sistemas integrales de vigilancia epidemiológica que permitan un manejo holístico de estas patologías por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en el país. La gráfica (ver cuadro) invita a elaborar sus propias reflexiones...

### **Estrategias propuestas**

De acuerdo con el análisis del funcionamiento del Sistema General de Riesgos Profesionales elaborado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a los 7 años de su funcionamiento (Política pública para la protección de la salud en el mundo del trabajo 2001), la integración del Sistema de Seguridad Social es aún incipiente y requiere de estrategias activas que permitan equilibrar el sistema y la atención de falencias consecutivas, tales como, el subregistro de la enfermedad profesional causado no sólo por la carencia de métodos para la calificación en primera instancia del origen de los eventos, sino también, por la falta de registros unificados en las diferentes entidades que administran el Sistema (Ministerios de Salud y de Trabajo y Seguridad Social, Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, Empresas Promotoras de Salud -EPS-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-)

	<p>y por la deficiencia en los mecanismos de referencia y contrarreferencia, entre otros, que finalmente obstaculizan la respuesta a las necesidades de la población afiliada al sistema, tanto en prestaciones asistenciales o de servicios de salud, como a las económicas y a las de integración o del orden social.</p> <p>(Documento 30)</p>
--	---

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<p><b><u>POLÉMICA POR COBERTURA DE RIESGOS PROFESIONALES</u></b>            Periódico El Pulso.  <i>Fuente: Archivo Periódico El Pulso en Internet</i></p>	<p>Un fallo de Corte Constitucional que prohíbe que las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) les suspendan el servicio a las empresas que dejen de pagar por más de dos meses, tiene preocupadas a las compañías aseguradoras, que temen que se fomente una cultura de no pago.</p> <p>Anteriormente, si una empresa dejaba de pagar perdía la cobertura y sus empleados quedaban desprotegidos en caso de un accidente laboral. Ahora, con la decisión de la Corte, las ARP tienen que seguir respondiendo, independientemente de si la empresa paga o no los aportes.</p> <p>El Superintendente Bancario, Jorge Pinzón, explicó ayer en la Convención de Seguros que se lleva a cabo en esta ciudad, que la decisión de la Corte se basa en la idea de darle continuidad a la seguridad social de los trabajadores, pero que en caso de siniestros la ARP quedaron facultadas para pagar y luego pedirle el dinero a la empresa morosa.</p> <p>Gonzalo Pérez, presidente de Inversura, propietaria de la ARP Suratep, dijo que el fallo afecta la oferta de este servicio, pues el proceso judicial para reclamarle a la empresa puede ser demorado, además se complica cuando son compañías que no tienen con qué respaldar el siniestro.</p> <p><b>A crear provisiones</b></p> <p>Lo mismo opinó Adriana Huertas, directora de la Cámara de Riesgos Profesionales de Fasecolda, quien considera que la inestabilidad jurídica se presta para que se fomente la elusión y la evasión de empresas que saben que sus trabajadores seguirán protegidos así no paguen los aportes.</p> <p>Según los aseguradores, esta nueva norma puede ser especialmente dañina para la ARP del Seguro Social, pues el pago de siniestros que no tienen aportes que los respalden sería un factor que aumentaría aún más la crisis del Seguro.</p> <p>Fasecolda anunció que tratará de demostrar la inconveniencia del fallo y los aseguradores vaticinaron que se vendrán varias demandas contra las empresas morosas. Mientras tanto, el superintendente Pinzón les propuso a las aseguradoras que creen reservas o provisiones por cada mes de mora de las empresas, para así poder enfrentar cualquier eventualidad.</p> <p>No obstante, Pinzón advirtió que esta norma no se puede convertir en una excusa para que las ARP privadas eviten afiliarse a las empresas riesgosas y se las dejen todas al Seguro Social. Recordó que el sistema de seguridad social se maneja con el concepto de solidaridad y que todas las ARP se deben repartir el riesgo.</p> <p>El año pasado, las ARP recaudaron primas por 398.197 millones de pesos, 9,6 por ciento más que en el 2002. Sin embargo, también pagaron 18 por ciento más en</p>

	<p> siniestros, que equivalieron a 122.679 millones.  <i>(Documento 31)</i></p>
--	---

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<p><b><u>NORMAS DE RIESGOS PROFESIONALES EN SUSPENSO.</u></b>            Periódico El Pulso.  <i>Fuente: Archivo Periódico El Pulso en Internet</i></p>	<p>Los efectos de la sentencia fueron diferidos hasta el 17 de diciembre de 2002, para que el Congreso expida una nueva ley sobre la materia regulada en el decreto 1295.</p> <p>En esa ley se van a colocar las pautas o las reglas del juego en relación con las prestaciones económicas derivadas del accidente de trabajo y la enfermedad profesional. "Hay varias tesis: una de reformar todo el sistema y otra que plantea cambiar o adecuar los artículos que fueron declarados inexecutable por la Corte", afirmó Carlos Luis Ayala, Asesor Jurídico del Ministerio de Trabajo.</p> <p>Cabe anotar que la Corte no tumbó las normas del decreto 1295 porque fueran contrarias a la Constitución, sino porque estableció que el gobierno se excedió en las facultades extraordinarias que se le habían entregado para organizar la administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.</p> <p><b>Artículos inexecutable</b></p> <p>La Sala Plena de la Corte Constitucional resolvió declarar inexecutable los siguientes párrafos y artículos del Decreto 1295 de 1994: En el artículo 34, que define el derecho a las prestaciones, declaró inexecutable los párrafos 1 y 2, por cuanto se refieren a asuntos relacionados con las prestaciones y, que no forman parte de la administración del sistema.</p> <p>Los Artículos 36: incapacidad temporal; 39: reincorporación al trabajo; 40: incapacidad permanente parcial; 42: monto de la incapacidad permanente parcial; 45: reubicación del trabajador; 46: estado de invalidez; 48: monto de la pensión de invalidez; 50: monto de la Pensión de Sobrevivientes en el Sistema General de Riesgos Profesionales; 51: monto de las Pensiones; y 53: devolución de saldos e indemnización sustitutiva, fueron declarados inexecutable por cuanto regulan situaciones que tienen que ver con el régimen de las prestaciones, para lo cual no estaba facultado el Ejecutivo.</p> <p>El Artículo 37 y sus párrafos, que normatizan el monto de las prestaciones económicas por incapacidad temporal, fueron declarados inexecutable por cuanto modifican el monto de las prestaciones económicas, para lo cual tampoco tenía facultades el Ejecutivo.</p> <p>El inciso 2º del Artículo 41 se declaró inexecutable, por estimar que el gobierno nacional se excedió en las facultades al regular situaciones como la declaración de incapacidad permanente y parcial, que tienen que ver con el régimen prestacional.</p> <p>Los artículos 49, 52 y 54 se declararon inexecutable, por cuanto no obstante limitarse solamente a remitirse y/ o reproducir el contenido de los artículos 47, 14 y 86 de la Ley 100 de 1993, se refieren a temas que regulan situaciones que tienen que ver con el régimen de las prestaciones, para lo cual no tenía facultades el Ejecutivo.</p> <p>En cuanto al artículo 52 relacionado con el reajuste de las pensiones, la Sala estimó</p>

	<p>que es necesario precisar, que se declara inexecutable por el exceso en la potestad que tenía el Presidente de la República para expedir el decreto impugnado, ya que esta materia no estaba contemplada dentro de la norma habilitante. Pero, la Corte dejó claro, que el derecho al reajuste periódico de las pensiones está previsto y consagrado en el artículo 53 de la Constitución Política.</p> <p>En cuanto al artículo 53, se declaró inexecutable por modificar lo previsto en los artículos 253 y 256 de la Ley 100 de 1993, excediéndose en las facultades, pues lo regulado en estos no forma parte de la administración del sistema sino del sistema mismo (Documento 32)</p>
--	---

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<p>Díaz – Granados, Juan Manuel. <b><u>EL SISTEMA DE RIESGOS PROFESIONALES EN COLOMBIA</u></b> <b><u>A.</u></b> Revista Fasecolda Número 80, Bogotá. 1996. <i>Fuente: particular</i></p>	<p>A lo largo de su historia, Colombia ha dado aplicación a múltiples mecanismos para la reparación de los riesgos del trabajo, como un reflejo de la evolución del tema a nivel internacional.</p> <p><b>Finalidad del sistema.</b> El sistema de riesgos profesionales cubre las prestaciones médicas y económicas en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional, bajo una concepción de seguridad social con la que el sistema, automáticamente, reconocerá las prestaciones que la Ley predetermina, con lo cual se precaven innecesarios y costosos litigios.</p> <p><b>Administración del sistema.</b> Colombia pertenece al modelo de administración múltiple, en la cual los empleados tienen libertad de seleccionar la Administradora de Riesgos Profesionales, ARP que deseen. Pueden ser ARP el ISS, las compañías de seguros de vida que tengan la correspondiente autorización y las mutuales de empleadores que se organicen para tal propósito.</p> <p><b>Prestaciones.</b> El sistema contempla prestaciones asistenciales y económicas. Asistenciales como la atención médica necesaria en caso de una contingencia de origen profesional, los gastos de traslado para la prestación de servicios, los elementos de prótesis y la rehabilitación física y profesional.</p> <p>Las prestaciones económicas que tienen un monto mayor que las contempladas por los sistemas de pensiones y salud, son las siguientes: el auxilio por incapacidad temporal, la indemnización por incapacidad permanente parcial, pensión vitalicia por invalidez, pensión vitalicia a favor del grupo familiar del afiliado o de un pensionado por invalidez que fallezca y auxilio funerario por muerte del afiliado o pensionado. (Documento 33)</p>

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<p>Robledo, Fernando. <b><u>EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE RIESGOS PROFESIONALES COLOMBIANO.</u></b> Revista Fasecolda Número 90, Bogotá. 1998. <i>Fuente: particular</i></p>	<p>Antes de la reforma a la seguridad social y desde el 1 de Julio de 1965, los riesgos profesionales en Colombia eran monopolio del Estado manejados por el Instituto de Seguros Sociales ISS, y las cajas de previsión social en el sector oficial, que cubrían a los trabajadores del sector formal.</p> <p>Al no haber competencia en el sistema, obviamente las alternativas de crecimiento y la prestación de servicios de salud ocupacional se limitaban a la voluntad de los empleadores o de los profesionales del área. Existía un alta demanda insatisfecha y, quizás lo mas sensible, una falta de oportunidad en la atención y en el pago de las prestaciones de los trabajadores.</p> <p>“por lo anterior, el sistema de la regulación cubría una realidad distinta a aquella sobre la cual se cotizaba”, comentó el Presidente de Riesgos Profesionales Colmena. Según explico, había una gran inequidad, pues al aplicarse el régimen laboral las prestaciones eran diferentes para los trabajadores no afiliados al ISS. Es decir, había una falta de cobertura del riesgo profesional y limitación en la prestación de servicios de salud ocupacional. <i>(Documento 34)</i></p>

#### V. Cuestionarios y/o Entrevistas.

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<p>Cuestionario respondido por la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales de FASECOLDA</p>	<p><b>Cuestionario sobre el sistema general de riesgos profesionales</b></p> <p><b>Plan de Beneficios: comportamiento en estos diez años en materia de prevención y promoción.</b></p> <p>Con la reforma a la seguridad social y, específicamente, al Sistema de Riesgos Profesionales, se dio un avance significativo en términos de aseguramiento, pero más aun en lo relativo a la promoción y prevención del accidente de trabajo y la enfermedad profesional.</p> <p>Se avanzó en el conocimiento de los deberes y derechos de trabajadores y empleadores en la materia y se intensificó la cultura en capacitación frente a los riesgos laborales, los controles ambientales en la fuente productora de contaminación o de lesiones, la calificación de la mano de obra en el país, el manejo adecuado de elementos de protección personal, entre otras.</p> <p>Algunos de los puntos a destacar como áreas de avance en la prevención de los riesgos laborales a partir de la reforma a la Seguridad Social gestada por la Ley 100 de 1993, son: Infraestructura técnica y humana de las Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP-</p> <p>En lo que a recurso humano se refiere, las Administradoras de Riesgos Profesionales –ARP- cuentan con profesionales de todas las áreas, propios y con disponibilidad en el mercado. A la fecha, puede afirmarse que la cifra triplica lo que existía antes de la reforma.</p>

En los aspectos estrictamente técnicos, son de resaltar el mejor desarrollo en la actualidad de los programas de salud ocupacional de las empresas, los protocolos de vigilancia epidemiológica implementados, la investigación del accidente de trabajo y la enfermedad profesional.

Adicionalmente, las ARP tienen diversos convenios con entidades del orden nacional e internacional para realizar acciones conjuntas de asesoría y capacitación.

### **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica implementados**

En esta materia hay grandes avances en el diseño e implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica para los factores de riesgo ocupacional prioritarios en las empresas afiliadas a las ARP.

Cada ARP cuenta con sistemas de vigilancia epidemiológica especializados por tipo de riesgo y de empresa y se encuentran en marcha programas de prevención que no son generalizados, sino adecuados a las necesidades específicas de cada unidad productiva, a sus riesgos prioritarios y a su capacidad de intervención.

### **Publicaciones**

En lo que a publicaciones se refiere, las ARP han diseñado, replicado y distribuido gran cantidad de material didáctico, desde plegables y cartillas de información básica, hasta documentos, folletos, revistas y libros de orden técnico, jurídico, económico y social especializados, con nuevas metodologías, nuevos diseños y mayor aceptabilidad.

### **Investigaciones**

Se adelantan además varias investigaciones de carácter científico, social y ambiental en materia de salud ocupacional, las cuales llegan a muchos sectores de la economía en temas tales como las dermatosis ocupacionales, sustancias cancerígenas, enfermedades pulmonares, entre otras.

### **Capacitación**

Se puede afirmar que en los últimos años el Sistema ha dado un gran salto en la concepción del tema de capacitación en promoción y prevención, porque cada vez más los planes obedecen a procesos y no a programas puntuales y como tales se han concebido para apoyar la intervención dentro de los sistemas de gestión que buscan resultados concretos en la reducción de los riesgos profesionales.

Hoy existen nuevas estrategias de capacitación que trascienden la simple información y buscan sobre todo cambios en los comportamientos no sólo de los trabajadores, sino especialmente de los gerentes y mandos medios.

### **Otros programas de beneficio a los trabajadores y empresas afiliadas**

Otros programas en pro de la prevención de los riesgos laborales que han emprendido las ARP son el desarrollo de sistemas de información técnica en salud, seguridad e higiene ocupacional, seguridad social y otros temas de interés para los trabajadores y empresarios, así como para la comunidad en general, con diferentes tipo de vínculos a nivel internacional, que permiten un fácil y oportuno acceso a información con amplias bases de datos y conexiones en línea con los sitios más

importantes y reconocidos en el tema.

Igualmente, se cuenta con un sistema de información gremial, que recopila información sobre cobertura, accidentalidad, morbilidad, secuelas de accidentes y enfermedades, así como aspectos financieros en materia de riesgos profesionales. Este sistema de información sirve de base para la toma de decisiones colectivas y para la proyección de acciones de prevención más generalizadas. Se soporta en un software que recopila información mensual de orden técnico, financiero y operativo del Sistema de Riesgos Profesionales en el sector privado.

De otra parte, se han diseñado y puesto en aplicación diferentes software técnicos, operativos, jurídicos, etc. de gran acogida y utilización a nivel nacional, algunos de ellos reconocidos a nivel internacional y que están siendo utilizados en algunos países de la región. Entre ellos podemos mencionar software interactivos de salud ocupacional, para elaborar y procesar panoramas de riesgo, para control de riesgos, seguimiento técnico de los programas de salud ocupacional y vigilancia epidemiológica, de consulta técnica, jurídica y económica, para la autoliquidación de aportes, entre otros.

Otro tipo de programas que han beneficiado sensiblemente a las empresas y trabajadores afiliados son el diseño de modelos y prototipos de intervención de riesgos más especializados por sectores tales como para la floricultura, para corte, aditamentos para montacargas, carros transportadores, etc.

También se han realizado congresos, foros y encuentros académicos del más alto nivel técnico. En promedio y como mínimo, cada ARP adelanta un evento anual a nivel nacional y varios a nivel regional. Se realizó además un evento internacional a nivel gremial con la participación de las primeras autoridades en el tema de los países invitados.

Adicionalmente, se ha buscado la incorporación de tecnología extranjera (know how), tanto en la forma como se llevan a cabo cada uno de los procesos de las administradoras, como en las actividades que éstas realizan frente a las empresas y trabajadores afiliados, logrando en algunos casos un verdadero intercambio de experiencias e incluso de procesos y tecnología.

Otro de los programas que merece citarse es la puesta en marcha, casi desde el inicio del Sistema, de tecnología al servicio de las empresas, los trabajadores, los proveedores, etc., como son las líneas de atención inmediata, la línea 9800, los call center, los cuales han mejorado la oportunidad y la efectividad frente a los usuarios.

### **Asignación de recursos a prevención y promoción**

<b>Rubros de Promoción y Prevención</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Progr. de Prevención e Investigación en Atepe (5%)	14.040.610	16.371.680	18.914.040
Otros Costos de Riesgos Profesionales	25.523.380	28.152.970	41.759.200
<b>Totales</b>	<b>39.563.990</b>	<b>44.524.650</b>	<b>60.673.240</b>

Cifras en Millones de Pesos

Estos egresos están compuestos por los rubros de programas de promoción e investigación en accidentes de trabajo y enfermedad profesional –ATEP-, que

corresponden al 5% de las primas emitidas, según lo previsto por el Decreto Ley 1295 de 1994, y la cuenta "Otros Costos de Riesgos Profesionales", en la cual se contabiliza el excedente adicional a la cuenta anterior, originado en las actividades de promoción y prevención que realizan las ARP.

Como se observa en la tabla, para el año 2002, los egresos en otros costos de riesgos profesionales fueron de \$41.759 millones frente a \$28.153 millones de pesos registrados para el año 2001. Lo anterior indica que esta cuenta registró un crecimiento en su tasa del 10% al 48% en el periodo 2001-2002, superior al comportamiento reflejado por las primas emitidas durante el mismo periodo.

### **Evolución de la prestación de servicios asistenciales en riesgos profesionales**

Una de las mayores diferencias que existe entre el Sistema General de Salud y el Sistema de Riesgos Profesionales es, precisamente, el plan de atención asistencial. Mientras que el contenido de dicho plan para el primer sistema se circunscribe al Plan Obligatorio de Salud (POS), en el segundo no existe dicha limitación.

Es así como todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o se le diagnostique una enfermedad profesional, el Sistema de Riesgos Profesionales le proporcionará toda la asistencia médica, quirúrgica, terapéutica, farmacéutica e incluso gastos de traslado que sean necesarios para atender al trabajador.

El acceso a estos servicios de salud se hace por intermedio de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), a las cuales están afiliados los beneficiarios comunes (excepto para la rehabilitación y atención de urgencias), siendo el origen de la intervención lo que determina a cargo de cuál sistema general (Salud o Riesgos Profesionales) se imputan los gastos que demande el tratamiento respectivo. De esta manera, los gastos derivados de los servicios de salud prestados y que tengan relación directa con la atención del riesgo profesional estarán siempre a cargo de la ARP, según tarifas y comisiones previamente convenidas con las EPS.

### **Asignación financiera a las prestaciones asistenciales**

El comportamiento registrado en el sector de las ARP privadas para el periodo 2000 a 2002 se muestra en la siguiente tabla:

PRESTACIONES ASISTENCIALES	2000	2001	2002
ASIST. MEDICA, QUIRURGICA, TERAP.	20.197.462	23.144.061	26.761.406
HOSPITALIZACION	7.628.582	9.705.561	11.011.296
SUMINISTRO MEDICAMENTOS	1.245.616	1.586.510	1.884.136
SERV. AUX. DE DIAGNOSTICO	920.612	1.361.296	1.587.602
ODONTOL., PROTESIS, REHABIL. Y TRASLADO	1.522.794	2.094.278	1.915.886
<b>TOTAL PRESTACIONES</b>	<b>31.515.067</b>	<b>37.891.707</b>	<b>43.160.325</b>

Cifras en millones de pesos



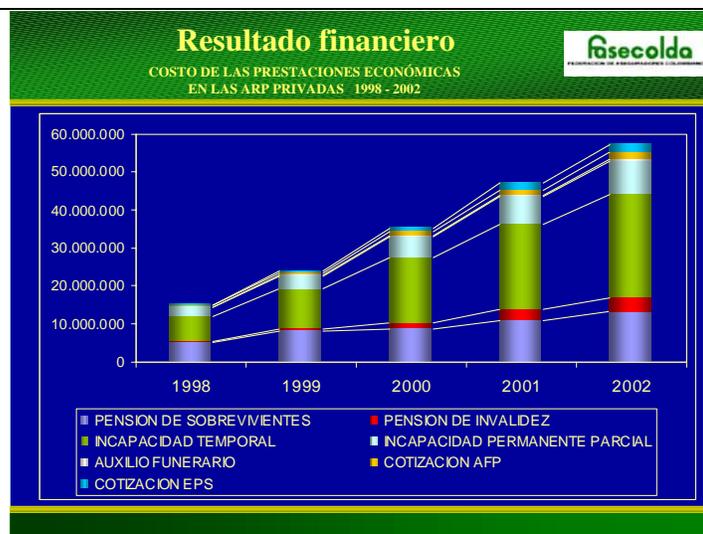
El total registrado en estas prestaciones para el año 2002, como lo muestra la tabla, fue de \$43.160 millones de pesos, de los cuales la asistencia médica, quirúrgica y terapéutica representó un 62%. La prestación más requerida por parte de los beneficiarios del Sistema es la hospitalización, con un 25.51%. Luego siguen, en su orden, el suministro de medicamentos, con un 4.37%, los servicios auxiliares de diagnóstico con un 3.68%; la rehabilitación física y profesional, con un 2.18% y el concepto por prótesis y órtesis con un 1.49%.

#### **Evolución de las prestaciones económicas en riesgos profesionales y asignación financiera al cubrimiento de las mismas**

El comportamiento de las prestaciones económicas en el sector de las ARP privadas, para el periodo 2000 a 2002 se muestra en la siguiente gráfica:

PRESTACIONES ECONOMICAS	2000	2001	2002
PENSION DE SOBREVIVIENTES	8.651.465	10.917.202	13.937.696
PENSION DE INVALIDEZ	1.545.502	3.027.658	4.934.326
INCAPACIDAD TEMPORAL	19.120.857	25.605.651	33.093.349
INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL	5.594.759	7.300.110	7.655.206
AUXILIO FUNERARIO	249.853	266.561	430.453
<b>TOTAL</b>	<b>35.162.436</b>	<b>47.117.182</b>	<b>60.051.031</b>

Cifras en Millones de Pesos



En diciembre de 2002, estas prestaciones ascendieron a un valor de \$60.051 millones de pesos, de los cuales la incapacidad temporal representó un 48.92%, los pagos de las mesadas por pensión de sobrevivencia correspondieron a un 23.21% y la incapacidad permanente parcial fue del 12.75%. Las mesadas por pensión de invalidez representaron el 8.22%, según lo muestra la tabla.

Es importante resaltar que las prestaciones económicas presentan un incremento, año tras año, correspondiente a las mesadas por pensión de invalidez y de sobrevivientes, debido a que éstas se pagan en forma vitalicia (permanente) y se ven incrementadas anualmente con el ingreso de nuevos casos.

Evolución de la cobertura del Sistema General de Riesgos Profesionales  
El comportamiento de la cobertura del Sistema de Riesgos Profesionales muestra los siguientes resultados:

Año*	SGRP	ISS	Privadas
1994	3.622.402	3.626.402	0
1995	3.650.061	3.237.385	412.676
1996	4.009.787	2.889.286	1.120.501
1997	4.053.447	2.594.766	1.458.681
1998	4.167.756	2.127.889	1.823.466
1999	3.817.160	1.869.263	2.081.865
2000	3.710.769	1.487.488	2.394.292
2001	N.D.	N.D.	2.631.142
2002	N.D.	N.D.	2.861.471
2003	4,845,843	1,599,368	3,246,475

**Fuente:** Cifras Ajustadas por la CTRP de FASECOLDA - Vicepresidencia de Riesgos Profesionales - Protección Laboral ISS

\* Promedio ponderado hasta Diciembre

Se destaca el incremento neto en el número de trabajadores afiliados al Sistema a partir del año 1994, cuando se da inicio al nuevo sistema.

La cobertura por empresas en las zonas de mayor participación es la siguiente:

#### Número de empresas afiliadas

	Antioquia	C / marca	Bogotá, d. c.	Santander	Valle
2.000	6.668	3.137	9.849	4.168	5.529
2.001	7.583	3.886	23.836	3.947	7.281
2.002	9.931	3.563	26.239	4.854	10.202

#### Financiación: recaudo por concepto de cotizaciones

CONCEPTO	2000	2001	2002	2003
Primas Emitidas	267.845.018	316.092.767	362.404.956	397.838.869
Tasa de Crecimiento	22,9%	18,0%	14,7%	9,8%

Cifras en Miles de Pesos

Al cierre del año 2000, las primas emitidas eran de \$267.845 millones; en el año 2001, de \$316.093 millones; en el 2002, de \$362.405 millones de pesos, y para el 2003, de \$397.838 millones de pesos, como se observa en la tabla anterior.

La tasa de crecimiento anual para los años 2000, 2001, 2002 y 2003 fue del 22.9%, 18.0%, 14.7% y el 9.8% respectivamente, en donde claramente se observa una caída vertiginosa en la tasa de crecimiento de los recaudos.

Este comportamiento se explica inicialmente por el crecimiento en la masa afiliada debido al ingreso de las ARP's privadas al Sistema y, a medida que éste se fue estabilizando, las primas fueron bajando como porcentaje del año anterior.

También se presentaron fenómenos como el descenso de los niveles de inflación de la economía y las políticas de flexibilización laboral, lo cual ocasionó incrementos de las tasas de desempleo, en ciertos años de existencia del Sistema, así como de la población trabajadora informal, lo cual se tradujo para tales años en una reducción marcada en el tamaño del mercado. Hay que recordar que las cotizaciones de seguridad social son elásticas a las fluctuaciones de crecimiento de la economía y del índice de precios al consumidor (IPC).

#### Fondo de Riesgos Profesionales

Los datos que posee FASECOLDA son los suministrados por el Ministerio de la Protección Social y por la Fiduciaria La Previsora, entidad encargada de administrar en fiducia los recursos del Fondo de Riesgos Profesionales.

Si bien el gremio conoce algunos de los programas y proyectos realizados con recursos del Fondo de Riesgos Profesionales en forma general, el detalle de cada uno de ellos y su producto en particular pueden ser informados con mayor precisión

	<p>por parte del Ministerio de la Protección Social, entidad encargada de la ejecución de tales recursos.</p> <p><b>Vigilancia e Inspección</b>  La eficiencia y el fortalecimiento de la vigilancia e inspección en materia de riesgos profesionales son una de las áreas que todos los actores de este Sistema resaltan como necesaria e indispensable para su adecuado funcionamiento. El Ministerio de la Protección Social ha diseñado y emprendido un plan de acción al respecto con varios años de cobertura, el cual fue incorporado en el Plan Nacional de Salud Ocupacional para los años 2003 a 2007, aprobado por el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.</p> <p>Al igual que en el punto anterior, dicho Ministerio es la entidad que puede suministrarles información más detallada al respecto, como responsables del ejercicio de esta función en el Sistema.</p> <p>Adicionalmente, la Superintendencia Bancaria es la fuente idónea para pronunciarse sobre la vigilancia financiera del Sistema, teniendo en cuenta que las Administradoras de Riesgos Profesionales son compañías de seguros de vida y que la entidad competente para vigilar y supervisar a las compañías aseguradoras es la mencionada Superintendencia.</p> <p><b>Áreas principales que deben ser estudiadas por el Congreso de la República</b>  La última reforma legal al Sistema de Riesgos Profesionales fue la Ley 776 de 2002, la cual dejó varios temas pendientes de reglamentación por parte del Gobierno Nacional, como son, entre otros, los reembolsos por enfermedad profesional y la variación de la cotización al Sistema. También se han de actualizar algunas normas técnicas específicas por tipos de riesgo tales como ruido, material particulado, iluminación, formatos de reporte de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, entre otros, pero todas estas materias son temas pendientes de reglamentación para el Gobierno Nacional.</p> <p>En opinión de FASECOLDA, son necesarios ajustes de tipo reglamentario a cargo del Gobierno Nacional, mas no de tipo legislativo, teniendo en cuenta que la última reforma de este tipo se hizo hace un poco más de un año. Es necesario permitir que el sistema madure y realizar los cambios estrictamente necesarios dentro del esquema del Decreto Ley 1295 de 1994 y de la Ley 776 de 2002.  <i>(Documento 35)</i></p>
--	---

## VI. Documentos Técnicos.

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<b><u>SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFE SIONA</u></b>	<p>El tema de la accidentalidad laboral es un problema universal. Los accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo son una de las causas de mortalidad más significativas a nivel mundial.</p> <p>Lo anterior lo confirma un estudio de la OIT presentado el pasado mes de junio en el Congreso Mundial de Riesgos Profesionales.</p>

**LES  
COLOM  
BIA/  
1994-  
2002**

*Fuente:  
particular*

De acuerdo con dicho documento, las muertes relacionadas con el trabajo ascienden a 2'000.000<sup>24</sup> de personas al año en todo el mundo. Esta cifra excede al promedio anual de muertes por otras causas más conocidas tal y como lo registran los siguientes eventos:

Accidentes de Tránsito	999.000 / año
Guerras	502.000 / año
Violencia	563.000 / año
SIDA	312.000 / año

De la misma forma, cada año se producen 270'000.000<sup>25</sup> de accidentes que tienen como causa la falta de seguridad en el trabajo.

Esto equivale a:

Accidentes	740.000 / diarios
Accidentes	513 / por minuto
Accidentes	9 / por segundo

Adicionalmente, cada año se producen 184'000.000<sup>26</sup> de casos de enfermedades profesionales en el mundo.

Lo anterior ilustra la importancia global de los riesgos profesionales y la necesidad que para el país reviste prevenir, conocer y registrar adecuadamente las contingencias que afectan a los trabajadores cuando éstas se originan en un riesgo de su actividad laboral.

Para tal efecto, Colombia debe participar y proponer cambios reales que le garanticen a la población trabajadora condiciones óptimas de salud, siguiendo el camino que labró la Ley 100 de 1993 al concebir el Sistema de Riesgos Profesionales como un instrumento generador de desarrollo económico, bienestar social y estabilidad en los órdenes sociales y políticos.

**Los logros del sistema general de riesgos profesionales en relación con la situación anterior**

Un recurso humano que no se desenvuelve en condiciones de vida laboral favorables y adecuadas afecta directamente la estabilidad social y la posibilidad competitiva del sector empresarial.

Teniendo en cuenta lo anterior, el primer logro importante del Sistema de Riesgos Profesionales ha sido crear conciencia sobre el trascendental papel que representa el adecuado manejo de los riesgos profesionales en el bienestar y desarrollo económico del país.

<sup>24</sup> Cifras de la OIT presentadas en el Congreso Mundial de Riesgos Profesionales celebrado en el mes de junio de 2002.

<sup>25</sup> *Ibidem*

<sup>26</sup> *Ibidem*

	<p>El simple hecho de que hoy en día la gran mayoría de los trabajadores y empleadores conozcan mejor sus derechos y obligaciones en materia de riesgos profesionales, contrasta con el absoluto desconocimiento que había hace sólo ocho años sobre este seguro. Cerca de un 95% de los empleadores no entendían el contenido de esta protección y asumían el pago de la cotización, en la mayoría de los casos, como otro “impuesto parafiscal”.</p> <p>A esto se deben agregar otros temas, tales como la generalizada inconformidad en los servicios, las “interminables colas” para acceder al servicio, la baja cobertura, las injustificadas demoras en el pago de las pensiones y, técnicamente, el subregistro absoluto de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Adicionalmente, las redes de hospitales, sobrecargadas y sin alternativas para el usuario, constituían un hecho especialmente grave en el caso de los accidentes de trabajo, para los cuales su atención, por lo general, correspondía a una “urgencia médica”.</p> <p>La Ley 100 de 1993 y el Decreto Ley 1295 de 1994 se convirtieron en la respuesta del nuevo sistema a las situaciones mencionadas, además de incorporar en nuestra legislación las mejores prácticas de otros países (caso Chile) y las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo en Servicios de Salud en el Trabajo, en cuanto a la búsqueda de un ambiente laboral digno y decente.</p> <p>Este Sistema es reconocido como una de las grandes conquistas laborales de la fuerza trabajadora del país, por cuanto incluye cobertura inmediata, prestaciones asistenciales ilimitadas y pensiones superiores a las que históricamente se conocían, inclusive por encima de las de países con mayor grado de desarrollo.</p> <p>Todo lo anterior, sin afectar recursos fiscales de por sí escasos en el país, ya que este sistema es financieramente autónomo y permite realizaciones en materia de seguridad social financiadas sólo con los recursos de los empleadores colombianos. (Documento 36)</p>
--	--

FECHA	CONTENIDO DE INTERÉS
<u>LOS</u> <u>SISTE</u> <u>MAS DE</u> <u>ASEGU</u> <u>RAMIEN</u> <u>TO DE</u> <u>LOS</u> <u>RIESGOS</u> <u>PROFE</u> <u>SIONA</u> <u>LES EN</u> <u>ALGU</u> <u>NOS</u> <u>PAÍSES</u>	<p><b>Definiciones.</b></p> <p><b>Argentina.</b>  <b>Accidente de Trabajo:</b> Todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar del trabajo, siempre y cuando no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.</p> <p><b>Enfermedad Profesional:</b> Aquellas que se encuentran incluidas en el listado de enfermedades profesionales que elaborará y revisará el poder ejecutivo anualmente. El listado identifica el agente de riesgo, los cuadros clínicos y actividades y la capacidad de determinar por sí la enfermedad.</p> <p><b>Chile.</b></p>

**LATINO**  
**AMERICA**  
**NOS E**  
**INDUS**  
**TRIALIZA**  
**DOS.**

*Fuente:*  
*Biblioteca*  
*Luis Ángel*  
*Arango*

**Accidente de Trabajo:** Toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Los ocurridos en el trayecto directo de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo

**Enfermedad Profesional:** La causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y produzca incapacidad o muerte. El reglamento enumera las enfermedades que se consideran como profesionales, las cuales se revisan cada tres años.

**Costa Rica.**

**Accidente de Trabajo:** Es todo accidente que suceda al trabajador como causa de la labor que ejecuta y como consecuencia de esta, durante el tiempo que permanece bajo la dirección y dependencia del patrono o sus representantes, y que pueda producirle la muerte o pérdida o reducción temporal o permanente de la capacidad de trabajo. Recorridos habituales a los lugares de trabajo y viceversa, siempre y cuando no haya sido modificado en virtud del interés personal del trabajador.

En el trayecto usual de su domicilio al trabajo y viceversa, siempre que el patrono proporcione directamente o pague el transporte, igualmente cuando en el acceso al centro deban afrontarse peligros de manera especial, que se consideren al trabajo mismo.

En el incumplimiento de ordenes del patrono, o en la prestación de un servicio bajo su autoridad, aunque el accidente ocurra fuera del lugar del trabajo y después de finalizar la jornada.

**Enfermedad Profesional:** Estado patológico cuya causa proviene de la acción continuada del propio trabajo o del medio y condiciones en las que el trabajador labora, deben establecerse que estos han sido la causa de la enfermedad.

**España.**

**Accidente de Trabajo:** Toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte. Toda lesión que sufra el trabajador durante el tiempo y en lugar de trabajo restringido. Los ocurridos en cargos electivos de carácter sindical, así como los acaecidos al ir y venir del lugar en que se ejercitan las funciones propias de dichos cargos.

**Enfermedad Profesional:** Aquella que se contrae a consecuencia del trabajo, ejecutado por cuenta ajena y se encuentren listadas en tablas de clasificación de enfermedades propias o derivadas del trabajo, siempre y cuando la patología tenga relación directa con los elementos o sustancias que en tales tablas se indiquen para cada enfermedad.

**Mexico.**

**Accidente de Trabajo:** Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior; o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se preste.

El que se produzca al traslado del trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de este a aquel.

**Enfermedad Profesional:** Todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. Las enfermedades del trabajo consignadas en la Ley Federal del Trabajo.

#### **Plan de Beneficios.**

##### **Argentina.**

**Prestaciones asistenciales:** en Argentina la Ley establece como prestaciones de servicios asistenciales cubiertas por el aseguramiento de riesgos profesionales la atención médica, quirúrgica, farmacéutica, rehabilitación física y profesional y prótesis.

**Prestaciones económicas:** La normatividad argentina determina prestaciones económicas en casos de incapacidad temporal laboral, incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total y fallecimiento de la siguiente forma:

Incapacidad temporal laboral: Igual a ingreso base, los primeros diez días a cargo del empleador posteriormente a cargo de la ART

Incapacidad permanente parcial: 70% ingreso base multiplicado por el porcentaje de incapacidad. Si el porcentaje es mayor del 20% o menor del 66% una renta igual al 7% por el porcentaje de incapacidad

Incapacidad Permanente total: 70% ingreso base de renta

Fallecimiento: pensión de sobrevivientes

##### **Costa Rica.**

**Prestaciones Asistenciales:** En Costa Rica la Ley establece como prestaciones de servicios asistenciales cubiertas por el aseguramiento de riesgos profesionales la atención médica, quirúrgica, farmacéutica, rehabilitación física y profesional, prótesis, órtesis y gastos de traslado, hospedaje y alimentación.

**Prestaciones Económicas:** La normatividad costarricense determina prestaciones económicas en casos de incapacidad temporal laboral, incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total y fallecimiento de la siguiente forma:

Incapacidad temporal laboral: Máximo periodo de 2 años hasta 100 colones por día el 100% y en el exceso, el subsidio será del 67%, se modificará reglamentariamente.

Incapacidad permanente parcial: Incapacidad menor permanente de 0 a 50% inclusive establece una renta anual pagada en doceavos durante 5 años, según porcentaje de incapacidad.

Incapacidad Permanente total: Superior al 67% renta anual vitalicia pagadera en doceavos igual al 100% del salario, gran invalidez requiere asistencia de otra persona.

Fallecimiento: Renta pagadera en doceavos a partir de la fecha de defunción

##### **España.**

**Prestaciones Asistenciales:** En España la Ley establece como prestaciones de servicios asistenciales cubiertas por el aseguramiento de riesgos profesionales la

hospitalización que deberá ser concertada con el Instituto Nacional de Salud, los productos farmacéuticos deberán ser sufragados en un 40% por el beneficiario, en caso de que el beneficiario carezca de los recursos o sea una persona en estado de invalidez los medicamentos serán subsidiados en forma total, se aportará parte del costo de los servicios odontológicos y la rehabilitación física y profesional.

**Prestaciones Económicas:** La normatividad costarricense determina prestaciones económicas en casos de incapacidad temporal laboral, incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total y fallecimiento de la siguiente forma:

Incapacidad temporal laboral: Subsidio equivalente al salario durante 52 semanas prorrogables por otras 52 semanas más.

Incapacidad permanente: Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual por 24 mensualidades del salario base.

Incapacidad permanente total para la profesión habitual 55% del salario base; para los trabajadores mayores de 55 años esta cuantía se incrementará en un 20% con ciertas condiciones, incapacidad permanente absoluta para todo trabajo 100% del salario base, incapacidad, en caso de gran invalidez la pensión será incrementada en un 50% que para la incapacidad permanente absoluta.

El incremento por la asistencia de tercera persona es el 50% ya mencionado para la gran invalidez. Este incremento podrá ser sustituido a petición del interesado o de sus representantes legales siempre que sea autorizado por la entidad gestora o mutua patronal.

Fallecimiento: La viuda o viudo reciben el 75% del salario base, auxilio de defunción de 5.000 pesetas, indemnización especial a tanto alzado de seis mensualidades de la base reguladora para la viuda o viudo y de una mensualidad para cada huérfano con derecho a pensión.

### **México.**

**Prestaciones Asistenciales:** En México la Ley establece como prestaciones de servicios asistenciales cubiertas por el aseguramiento de riesgos profesionales la atención médica, quirúrgica, farmacéutica, rehabilitación física y profesional y reeducación.

**Prestaciones Económicas:** La normatividad mexicana determina prestaciones económicas en casos de incapacidad temporal laboral, incapacidad permanente parcial, incapacidad permanente total y fallecimiento de la siguiente forma:

Incapacidad temporal laboral: Mientras dure la inhabilitación el trabajador recibirá el 100% del salario en que estuviese cotizado en el momento de ocurrir el riesgo.

Incapacidad permanente parcial: Si la incapacidad declarada es superior al 50%, el asegurado recibirá una pensión, la cual se calculará tomando como base el monto de la pensión que correspondería a la incapacidad permanente total. El tanto por ciento de la incapacidad se fijará entre el máximo y el mínimo establecidos en la tabla de valoración de incapacidad, teniendo en cuenta la edad del trabajador y la importancia de la incapacidad.

Si la valuación definitiva fuese hasta del 25%, se pagará el asegurado en sustitución de la pensión una indemnización equivalente a cinco anualidades de la pensión que le hubiese correspondido. Dicha indemnización será optativa para el trabajador cuando la evaluación definitiva de la incapacidad exceda el 25% sin rebajar el 50%.

Incapacidad Permanente total: Recibirá una pensión mensual definitiva equivalente al 70% del salario que estuviese cotizando. En el caso de enfermedad de trabajo, se calculará con el promedio del salario base de cotización de las 52 últimas semanas o las que tuviese si su aseguramiento fuese por un tiempo menor para determinar el monto de la pensión. Igualmente el incapacitado deberá contratar un seguro de sobrevivencia para el caso de su fallecimiento que otorgue a sus beneficiarios las pensiones y demás prestaciones económicas a que tengan derecho.

Al declararse la incapacidad permanente, sea parcial o total, se concederá al trabajador asegurado la pensión que le corresponda el carácter provisional por un periodo de adaptación de dos años, durante este periodo de dos años en cualquier momento el instituto podrá ordenar y por su parte el trabajador tendrá el derecho de solicitar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión.

El instituto otorgará a los pensionados por incapacidad permanente total y parcial con un mínimo de más del 50% de incapacidad , un aguinaldo anual equivalente a quince días del importe de la pensión que reciban.

Fallecimiento: Pago de una cantidad igual a sesenta días de salario mínimo general que rige el distrito federal a la fecha del fallecimiento del asegurado. Este pago se realizará a la persona preferentemente familiar que presente copia del acta de defunción y la cuenta general de los gastos del funeral.

A la viuda una pensión equivalente al 40% de la que hubiese correspondido a aquel tratándose de la incapacidad permanente total, a cada uno de los huérfanos que se encuentren totalmente incapacitados, se les otorgará una pensión equivalente al 20% de la que hubiese correspondido al asegurado en caso de la incapacidad permanente total, a los huérfanos menores de 16 años una pensión equivalente al 20% de la que hubiese correspondido al asegurado tratándose de una incapacidad permanente total; esta pensión se extingue cuando el huérfano cumpla 16 años y se extenderá cuando el huérfano este estudiando hasta los 25 años.

En caso de fallecimiento del otro progenitor esta pensión se aumentará del 20 al 30% manteniéndose la etapa de extinción.

### **Prevención y promoción.**

#### **Argentina.**

Los planes de mejoramiento de las condiciones de higiene y seguridad en el trabajo deberán confeccionarse siguiendo las siguientes pautas y contenidos:

El plan se desarrollará en diferentes niveles, cada uno comprenderá un conjunto de etapas a seguir

Cada etapa contendrá a su vez, un conjunto de elementos que el empleador debe desarrollar con el objeto de mejorar las condiciones y el medio ambiente del trabajo.

Existen 4 niveles de cumplimiento de las normas de prevención por parte de las empresas. Estos niveles van desde el no cumplimiento de las obligaciones mínimas sobre higiene y seguridad, hasta el cumplimiento de niveles de excelencia superiores a los impuestos por dichas normas.

#### **Chile.**

**Reglamento sobre prevención de riesgos profesionales:** corresponde al servicio Nacional de Salud fiscalizar las actividades de prevención que desarrolla los organismos administradores del seguro, en particular las mutualidades de empleadores y las empresas de administración delegada. Los organismos administradores del seguro deberán dar satisfactorio cumplimiento sobre organización, calidad y eficiencia de las actividades de prevención.

Las mutualidades de empleadores están obligadas a realizar actividades permanentes de prevención de riesgos del trabajo y enfermedades profesionales. Para este efecto deberán contar con una organización estable.

Las actividades de prevención que deberán desarrollar las empresas para administrar el seguro en forma delegada serán de carácter permanente, efectivas basada en una organización estable y a cargo de uno o más expertos en prevención.

#### **Costa Rica.**

El sistema de prevención se caracteriza por constituir un conjunto de actividades o de medidas que tienden a evitar la ocurrencia de cualquier tipo de riesgo profesional y por ende, a hacer innecesaria la concesión de prestaciones reparadoras , tanto medicas como económicas. La prevención y promoción del sistema corresponde al Comité Nacional de Salud Ocupacional.

Corre a cargo de todo patrono la obligación de adoptar medidas que garanticen la salud ocupacional de los trabajadores. Se establece la promulgación de los reglamentos de salud ocupacional.

#### **España.**

El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda la prevención de riesgos laborales a los poderes públicos, como uno de los principios rectores de las políticas sociales y económicas. Se configura el marco general en el que han de desarrollarse las distintas acciones preventivas, en coherencia con las decisiones de la Unión Europea.

Es importante señalar que en el marco de la Unión Europea se ha elaborado todo un acervo jurídico sobre protección de la salud de los trabajadores.

#### **México.**

El Instituto está facultado para proporcionar servicios de carácter preventivo, individualmente o a través de procedimientos de carácter general, con el objeto de evitar la realización de riesgos de trabajo dentro de la población asegurada. En especial el instituto establecerá programas para promover y apoyar la aplicación de acciones preventivas de riesgos del trabajo en las empresas hasta de cien trabajadores.

El Instituto llevará a cabo las investigaciones que estime convenientes sobre riesgos de trabajo y sugerirá los patrones, las técnicas y prácticas convenientes a efecto de prevenir la realización de dichos riesgos. El Instituto podrá verificar el establecimiento de programas preventivos de riesgos de trabajo en aquellas empresas que por su índice de siniestralidad puedan disminuir el monto de la prima de este seguro.

#### **Administración y vigilancia.**

##### **Argentina.**

**Administración:** con la salvedad de los supuestos del régimen de autoseguro, la gestión de las prestaciones estará a cargo de entidades de derecho privado, previamente autorizadas por la Superintendencia de Riesgos de Trabajo, y por la Superintendencia de Seguros de la Nación, denominadas “Aseguradoras de Riesgos del Trabajo” (ART), que reúnan los requisitos de solvencia financiera, capacidad de gestión y demás recaudos previstos en esta Ley.

**Vigilancia:** las aseguradoras serán auditadas técnicamente por la Superintendencias de Riesgos del Trabajo (SRT) **respecto de** las obligaciones que les impone la Ley sobre Riesgos del Trabajo y el presente decreto.

##### **Chile.**

**Administración:** la administración del seguro estará a cargo del Servicio Nacional de Salud, de las Cajas de Previsión y de las mutualidades de empleadores y por los administradores delegados.

**Vigilancia:** No hay información al respecto.

##### **Costa Rica.**

**Administración:** El Instituto Nacional de Seguros es la única institución permitida para expedir las pólizas de seguros y riesgos profesionales. Es su responsabilidad llevar a cabo toda la labor de prevención, protección y cubrimiento de las diferentes prestaciones, tanto económicas como asistenciales.

**Vigilancia:** corresponde al Instituto Nacional de Salud crear un cuerpo de inspectores que conjuntamente con los del Ministerio de Trabajo podrán ordenar la suspensión o cierre de los centros de trabajo.

##### **España.**

**Administración:** Las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales jurídicamente son asociados legalmente constituidas con la responsabilidad mancomunada de sus asociados y dedicadas exclusivamente a gestionar las prestaciones propias de este riesgo. Prestan un régimen patrimonial bastante novedoso, pues patrimonialmente no pertenece a sus asociados, sino que todos sus bienes incluidos los ingresos, forman parte del patrimonio general de la seguridad social española.

**Vigilancia:** las administraciones públicas competentes en materia laboral, desarrollan las funciones técnicas y la vigilancia en el ámbito de su aplicación. En materia sanitaria, las administraciones públicas actuarán bajo la Ley General de

Sanidad.

Para el control y vigilancia de la gestión llevada a cabo por las mutuas existe una "comisión de control" de composición paritaria entre los representantes de las organizaciones empresariales y la de los trabajadores.

**México.**

**Administración:** Está a cargo del organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene el carácter de organismo fiscal autónomo, cuando así lo prevea la presente Ley.

**Vigilancia:** No hay información al respecto.  
(Documento 37)