
TABLA DE CONTENIDO

1	PROPUESTA DE AJUSTE JURÍDICO.....	1-1
1.1	PROPUESTA DECRETO FLUJOS FINANCIEROS VERSIÓN DICIEMBRE DE 2001.....	1-1
1.2	PROPUESTA DECRETO FLUJOS FINANCIEROS VERSIÓN FEBRERO DE 2002.....	1-9
1.3	PROPUESTA DECRETO DE HOMOLOGACIÓN DE REQUISITOS A ENTIDADES QUE ADMINISTRAN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	1-17
1.4	PROYECTO DE ACUERDO POR EL CUAL SE DEFINEN LAS FORMAS Y CONDICIONES DE OPERACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	1-25
1.5	PROPUESTA ACUERDO PARA LA CREACIÓN DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN TERRITORIAL.....	1-52
1.6	PROPUESTA DE CONTRATACION QUE DEBE SER CONSIDERADA PARA SER INCLUIDA EN EL DECRETO REGLAMENTARIO SOBRE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL ESTABLECIDO EN LA LEY 715.....	1-59

1 PROPUESTA DE AJUSTE JURÍDICO

Autores Varios
Investigadores Universidad Nacional

1.1 PROPUESTA DECRETO FLUJOS FINANCIEROS VERSIÓN DICIEMBRE DE 2001

Por el cual adoptan medidas para agilizar el flujo de los recursos del régimen subsidiado, su contabilización y presupuestación y se dictan otras disposiciones.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales y en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos 123 del Decreto Ley 111 de 1996 y 154 de la Ley 100 de 1993

CONSIDERANDO

Que las cuentas especiales previstas para el manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales conforme a las Leyes 10 de 1990, 60 y 100 de 1993, se deben integrar en los fondos locales de salud, de conformidad con el Estatuto Orgánico de Presupuesto;

Que en ningún caso estas cuentas especiales formarán parte integral de los recursos comunes del presupuesto de tales entidades, por lo cual su contabilización, presupuestación y manejo de tesorería, debe ser especial en los términos de la ley y sus reglamentos;

Que se hace necesario, modificar el flujo de los recursos del régimen subsidiado, su periodicidad, contabilización y presupuestación.

DECRETA:

ARTICULO PRIMERO. Presupuestación de los recursos para la salud. Los departamentos, municipios y distritos deberán presupuestar los recursos que financian la salud en forma separada en un capítulo del presupuesto general de la Entidad respectiva, detallando las apropiaciones por fuente de ingreso y aplicación del gasto. La aplicación del gasto deberá comprender al menos las siguientes subcuentas:

- Régimen subsidiado.
- Plan de atención básica
- Atención en salud de la población vinculada y eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

- Aportes patronales correspondientes a cesantías, cotizaciones para salud y reservas pensionales.” .
- Otros Gastos en Salud.

PARÁGRAFO PRIMERO. Las Entidades Territoriales, en el presupuesto anual, estimarán los recursos que se destinarán al régimen subsidiado de salud en cada vigencia, detallando cada una de las fuentes de financiación, incluidos los que provienen de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA y los que administran directamente las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Estos últimos y los aportes patronales del Situado Fiscal para cesantías, salud y pensiones, se presupuestaran sin situación de fondos.

ARTICULO SEGUNDO. Son fuentes de la Subcuenta del Régimen Subsidiado del Fondo de Salud, los siguientes recursos:

- a) Los del Sistema General de Participaciones que se destinen a subsidios a la demanda.
- b) Las rentas cedidas de licores, cervezas, registro y anotación que se transformen a subsidios a la demanda
- c) Los procedentes de tributos locales.
- d) Los provenientes del monopolio de los juegos de suerte y azar.
- e) Los rendimientos financiero de los anteriores recursos.
- f) Los provenientes de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.
- g) Los administrados por las Cajas de Compensación Familiar en los términos del Artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

PARÁGRAFO PRIMERO. Los recursos territoriales no comprometidos en las vigencias anteriores, los saldos de liquidación de contratos del régimen subsidiado y sus rendimientos financieros, deberán mantenerse en los Fondos de Salud y conservarán su misma destinación. Los recursos del FOSYGA no ejecutados y sus rendimientos se girarán al Fondo de Solidaridad y Garantía conforme a lo establecido por el CNSSS.

ARTICULO TERCERO: Sistema General de Participaciones. Para los efectos del presente Decreto y hasta tanto la Ley no reglamente los criterios de distribución del Sistema General de Participaciones

de que trata el Acto Legislativo 012 de 2001, se entenderá que los recursos del Sistema General de Participaciones corresponden a las participaciones municipales en los Ingresos Corrientes de la Nación y al Situado Fiscal transformado de Subsidios de oferta a subsidios a la demanda.

ARTICULO CUARTO.- Las Entidades Territoriales acreditarán la creación del Fondo Local de Salud y de las respectivas subcuentas presupuestales establecidas en el artículo primero, ante el Ministerio de Salud- Dirección General de Financiamiento y Gestión de Recursos o de la dependencia que haga sus veces, enviando copia de los Actos Administrativos por los cuales se crea el Fondo y se establecen las subcuentas en el correspondiente presupuesto y

la certificación de la cuenta bancaria a nombre del Fondo Local de Salud por parte de la Entidad Financiera.

PARÁGRAFO. A partir del 20 de marzo de 2002, el FOSYGA no girará los recursos de cofinanciación para el régimen subsidiado a las Entidades Territoriales que no hayan cumplido con los requisitos anteriores.

ARTICULO QUINTO: Giro de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud. Los recursos del Sistema General de Participaciones que se destinen al sector salud, se girarán a los Fondos de Salud, con la periodicidad prevista en la Ley, en forma separada de los demás recursos del sistema general de participaciones para inversiones en otros sectores sociales.

Hasta tanto la Ley no reglamente el sistema general de participaciones de que trata el Acto Legislativo 012 de 2001, los recursos que se transformen de subsidios de oferta a demanda se girarán previa presentación ante el Ministerio de Salud del Plan de Transformación de Subsidios en los términos que establece la Ley 344 de 1996.

ARTICULO SEXTO.- Requisitos para el giro de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA. Cuando se trate de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, asignados para cofinanciar la continuidad de la población afiliada, el monto equivalente a un trimestre del valor aprobado para cada Entidad Territorial, será girado a los Fondos de Salud de manera anticipada, cinco (5) días antes de iniciar el periodo de contratación respectivo, con base en los montos aprobados en el Acuerdo del CNSSS o el acto administrativo mediante el cual se distribuyen los recursos.

El monto restante se girará por trimestres anticipados dentro de los cinco (5) días anteriores al inicio del respectivo trimestre, previo el cumplimiento para el segundo giro de la entrega en el Ministerio de Salud- Dirección General de Aseguramiento, o la dependencia que haga sus veces, de las copias de todos los contratos suscritos con los respectivos certificados de disponibilidad y registro presupuestal y la información sobre los afiliados en los términos que determine el Ministerio de Salud.

Cuando se trate de recursos asignados por el CNSSS para ampliación de cobertura estos serán girados en la misma periodicidad previo el cumplimiento para el primer pago, de los requisitos mencionados.

PARÁGRAFO PRIMERO. Los recursos del FOSYGA se girarán a los Fondos Seccionales de Salud con la misma periodicidad y requisitos, sólo cuando el departamento suscriba los contratos del régimen subsidiado para: a) la afiliación de la población desmovilizada, b) afiliación de la población rural migratoria y c) afiliación de la población beneficiaria de los corregimientos departamentales.

ARTICULO SÉPTIMO.- Pagos a las EPS administradoras del Régimen Subsidiado. Las Entidades Territoriales pagarán el 100% del valor del primer bimestre del contrato de aseguramiento durante los cinco (5) primeros días de la ejecución del contrato, entendiendo que, el mismo solo se podrá ejecutar cuando este debidamente perfeccionado, se hayan aprobado las pólizas de cumplimiento, recibido y verificado las pólizas de enfermedades de alto costo y este plenamente acreditada la contratación de la red de prestación de servicios.

A partir del segundo bimestre, se pagará en forma anticipada el 80% del valor bimestral de los contratos de aseguramiento durante los cinco (5) primeros días de cada bimestre. El 20% restante se pagará durante los diez días hábiles siguientes a la presentación del reporte de novedades del bimestre inmediatamente anterior, en los términos establecidos por el CNSSS.

En caso de mora imputable a la Entidad Territorial, esta pagará a las EPS administradoras del régimen subsidiado intereses de mora obligatorios e irrenunciables, iguales a los señalados por la DIAN para las moras en los pagos de los impuestos sobre la renta y complementarios.

PARÁGRAFO PRIMERO. Para garantizar la oportunidad en los pagos las Entidades Territoriales manejarán los recursos de los Fondos de Salud con unidad de caja, de acuerdo a lo previsto en el artículo 13 de la Ley 10 de 1990 y por lo tanto los pagos se harán con los recursos líquidos disponibles, independientemente de la fuente de recaudo.

ARTICULO OCTAVO.- Pagos a las IPS. Cuando se trate de contratos de prestación de servicios de salud con la modalidad de capitación, las administradoras del régimen subsidiado pagarán dentro de los cinco (5) primeros días de cada bimestre, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el equivalente al 70% de los servicios contratados en ese período. El 30% restante se pagará una vez se haya producido la aprobación final de cada factura, de acuerdo con lo previsto en las normas vigentes.

Cuando se trate de contratación de servicios de salud por modalidades diferentes a la capitación, las administradoras del régimen subsidiado cancelarán un abono como mínimo del 50% del valor de la factura en el momento de su presentación y el saldo a la aprobación final de la factura. Sin perjuicio de lo anterior, las IPS tendrán derecho a un abono mayor al 50%, el cual se determinará teniendo en cuenta el promedio histórico de la facturación no glosada o que habiendo sido glosada por la EPS administradora del régimen subsidiado, las mismas fueron oportunamente aclaradas por la IPS.

PARÁGRAFO 1º. En todo caso la aprobación final de la factura y su pago no deberá sobrepasar de 45 días calendario a partir de su presentación inicial, término dentro del cual deberán haberse aclarado las glosas.

PARÁGRAFO 2º. En caso de mora imputable a las EPS administradoras del régimen subsidiado estas pagarán a las IPS intereses de mora de carácter obligatorio e irrenunciable a una tasa igual a la vigente para los intereses moratorios cobrados por la DIAN sobre moras en los pagos de los impuestos sobre la renta y complementarios. No se causarán intereses de mora por los periodos que excedan los fijados a las IPS, para contestar las glosas.

PARAGRAFO 3º. Las entidades administradoras del régimen subsidiado, deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, durante 20 días del mes, incluido el mes de diciembre.

PARAGRAFO 4º. Las entidades que administren el régimen subsidiado deberán constituir una provisión sobre el ciento por ciento de los servicios hospitalarios autorizados y no cobrados hasta por un plazo de cinco (5) meses, fecha a partir de la cual se desmontará la provisión, en caso de no existir la correspondiente factura de cobro. La provisión, la cual tendrá plenos efectos contables, fiscales y tributarios se constituirá dentro del mes siguiente

a que se emita la autorización y se llevará al costo médico. Esta provisión deberá estar plenamente constituida al 1o. de enero de año 2002, siendo obligatorio iniciar su constitución a partir del 1o. de diciembre de 2001. De esta forma, las entidades deberán afectar su estado de pérdidas y ganancias con la constitución y reversión de provisiones en los términos expuestos. Las entidades podrán utilizar en forma alternativa instrumentos técnicos para el cálculo de la provisión debidamente aprobados por la revisoría fiscal que reflejen en forma plena el criterio expuesto en este parágrafo, con demostrada eficacia a la luz de la realidad operativa, financiera y contable de la institución.

PARAGRAFO 5º. Las entidades administradoras del régimen subsidiado deberán adelantar una revisión íntegra de la cuenta, antes de proceder a sus glosas.

PARAGRAFO 6º. Las autorizaciones que emita la entidad administradoras del régimen subsidiado son de su plena responsabilidad frente al período que se emite, sin que sean procedentes correcciones retroactivos que afecten a la institución prestadora frente a servicios prestados.

PARAGRAFO 7º. Las entidades administradoras del régimen subsidiado que autoricen la atención hospitalaria de un usuario, son responsables del pago de la cuenta mientras el usuario deba permanecer hospitalizado como consecuencia de la respectiva autorización. En ningún caso será procedente el pago de sumas frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por parte de la administradora del régimen subsidiado con fecha anterior a la establecida en la autorización expedida por la entidad, sin perjuicio de las normas especiales en materia de atención inicial de urgencias.

ARTICULO NOVENO.- Giro directo a las IPS. Las Entidades Territoriales girarán directamente los recursos correspondientes a las UPC-S a la red prestadora de servicios de salud contratada por la administradora del régimen subsidiado por un periodo máximo de 6 meses, cuando:

- a. Exista pronunciamiento de la Superintendencia Nacional de Salud del incumplimiento del margen de solvencia, entendiendo por tal .
- b. En los contratos respectivos se hubieren acordado plazos para el pago de acreencias con la red prestadora, superiores a los establecidos en el artículo 8 de este Decreto y esté acreditada la prestación efectiva de los servicios.
- c. La administradora del régimen subsidiado se encuentre intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud o de Subsidio Familiar o se encuentre en proceso de liquidación.
- d. La administradora del régimen subsidiado opera simultáneamente el Régimen Contributivo y para este ultimo haya perdido la capacidad de afiliación o hubiere sido intervenida bajo cualquier modalidad
- e. La administradora del régimen subsidiado se encuentre en proceso de capitalización, causal de liquidación o carezca de estados financieros aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud. Estos hechos deberán ser certificados por la Superintendencia Nacional de Salud

f. La administradora del régimen subsidiado hubiera incumplido cualquier instrucción emanada de la Superintendencia Nacional de Salud o cualquier otra autoridad, relacionada con el pago a proveedores o destinación de los recursos.

g. Se presenten situaciones irregulares en la administración de los recursos del Régimen Subsidiado, que en concepto técnico de la Superintendencia Nacional de Salud ameriten esta medida.

Los entes territoriales procederán al giro de los recursos en forma inmediata, sin que sea procedente condicionar estas operaciones a aprobaciones o tramites impuestos por las asambleas o consejos.

Los pagos a las IPS públicas y/o privadas se harán proporcionalmente a las deudas que tenga la EPS administradoras del régimen subsidiado con cada una de ellas.

La entidad territorial girará durante este período un porcentaje equivalente al 10% de la Unidad de Pago por Capitación a la EPS administradora del régimen subsidiado, con el fin de permitir a esta el cumplimiento de sus obligaciones y la cabal ejecución de sus funciones de aseguramiento y organización de la prestación de los servicios de salud y la realización de las labores de auditoría médica y de facturación, entre otras. El saldo, en caso de que exista, se entregará a la administradora una vez atendidos en forma integral los pagos a la red de prestadores.

Si durante este período el contrato de aseguramiento finaliza, se liquidará el contrato conforme las reglas generales y los recursos correspondientes al saldo una vez canceladas las obligaciones con la red contratada, se girarán a la administradora del régimen subsidiado.

La entidad territorial solicitará a la red contratada copia de los contratos respectivos y determinará si existe o no relación de subordinación con la red o parte de esta, a través del revisor fiscal y el representante legal, dentro de los cinco (5) días siguientes a la solicitud del pago por parte de las IPS. De igual manera deberá realizar una relación detallada sobre las cuentas pendientes de pago en relación con cada uno de los contratos.

Los representantes legales de las entidades territoriales responderán civil, penal, administrativa, disciplinaria y fiscalmente por la indebida aplicación de lo dispuesto en el presente artículo.

ARTICULO DÉCIMO.- Relación patrimonial de las EPS administradoras del régimen subsidiado. La relación patrimonial se verificará a través de los siguientes indicadores:

Relación patrimonio a ingresos totales por UPC-S de los últimos doce meses. A partir de la vigencia del presente decreto las EPS administradoras del régimen subsidiado deberán mantener esta razón en un nivel no inferior al 9%.

Relación patrimonio a activo total: A partir de la fecha de vigencia del presente decreto las EPS administradoras del régimen subsidiado deberán mantener esta razón en un nivel igual o superior al 30%.

Estas relaciones deberán ser acreditadas ante la Superintendencia de Salud trimestralmente, sin perjuicio de que puedan ser verificadas en cualquier momento.

Las ARS que no cumplan con estas relaciones en los estados financieros con corte al 30 de septiembre del 2001, deberán haber alcanzado los niveles requeridos el 31 de diciembre del 2002. Para ello, deberán presentar un plan de ajuste a la Superintendencia Nacional de Salud en los dos meses siguientes a la vigencia del presente decreto y en ningún caso podrán disminuir las relaciones registradas al corte del 30 de septiembre de 2001.

A partir de enero del 2003, dependiendo del nivel en que se encuentren las relaciones patrimoniales, las Entidades deberán adecuarse dentro de los siguientes plazos:

INDICE PATRIMONIO/INGRESOS POR UPC	PLAZO PARA ADECUARSE	INDICE PATRIMONIO/ACTIVO TOTAL	PLAZO PARA ADECUARSE
0 - 3.09%	Inmediata	0 - 10%	Inmediata
3.1% - 6%	Tres meses	11% - 20%	Tres meses
6.% - 9%	Seis meses	21% - 30%	Seis meses

Transcurridos los plazos sin que se hayan alcanzado los niveles establecidos, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a revocar la autorización para la administración de los recursos del régimen subsidiado.

A partir del 1º. De enero de 2003 las EPS administradoras del régimen subsidiado que no se encuentren cumpliendo con las relaciones indicadas en este artículo no podrán efectuar afiliaciones, salvo en el caso de recién nacidos .

ARTICULO DECIMOPRIMERO.- Deberes de los liquidadores: Con el fin de garantizar que los recursos de la seguridad social en los procesos de liquidación de las EPS administradoras del régimen subsidiado, sean destinados a cumplir los fines de la misma, de acuerdo con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Nacional, sin perjuicio de las demás obligaciones y responsabilidades que el cargo le impone según la legislación vigente, estos tendrán las siguientes funciones:

Identificar del patrimonio social, los recursos existentes y los que estén por ingresar a la entidad en liquidación, que correspondan a la Unidad de Pago por Capitación subsidiada.

Separar del total de los ingresos por concepto de Unidades de Pago por Capitación subsidiada, por lo menos el 85% destinado a garantizar la prestación de servicios de salud y el saldo para gastos de administración

Destinar por lo menos el 85% a que se refiere el numeral anterior, para el pago de las obligaciones contraídas con los prestadores de servicios de salud, siguiendo las reglas contenidas en el artículo 2 de este decreto.

La provisión que deben hacer las EPS administradoras del régimen subsidiado prevista en el Acuerdo 158 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, será destinada igualmente para el pago de las acreencias pendientes con los prestadores de servicios de salud.

Utilizar el saldo de que trata el numeral 2 para el pago de las demás acreencias a cargo de la empresa en liquidación

PARAGRAFO: Si se presentan remanentes de los recursos destinados a cumplir las obligaciones a favor de los prestadores de servicios de salud, los mismos se destinarán al pago de los demás créditos de la entidad en liquidación.

ARTICULO DECIMOSEGUNDO.-Modificar el literal b) del artículo 8 del Decreto 1543 de 1998, el cual quedara así: "En el régimen subsidiado. Estarán 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, y los recursos correspondientes a la provisión para gasto en salud que deban constituir las ARS de conformidad con lo definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. De igual manera, estarán excluidos los recursos no ejecutados por las Administradoras del Régimen Subsidiado, del porcentaje de la UPC-S, destinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a promoción y prevención. Estos recursos, deberán girarse a los fondos de salud con la mayor brevedad posible de acuerdo con la reglamentación aplicable."

ARTICULO DECIMOTERCERO. Derogaciones. El presente Decreto se deroga las disposiciones que le sean contrarias y en especial el artículo 24 del Decreto 1283 de 1996; los artículos 7o y 8o del Decreto 3007 de 1997; los artículos 3, 4 y 5 del Decreto 046 del 2000.

1.2 PROPUESTA DECRETO FLUJOS FINANCIEROS VERSIÓN FEBRERO DE 2002

Versión 2 ajustada según ley 715- Febrero de 2002

Por el cual se adoptan medidas para agilizar el flujo de los recursos del régimen subsidiado, su contabilización y presupuestación y se dictan otras disposiciones.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales y en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos 123 del Decreto Ley 111 de 1996, 154 de la Ley 100 de 1993, 42 y 107 de la ley 715 del 2001

CONSIDERANDO

Que de acuerdo a lo previsto en el Artículo 107 de la ley 715 del 2001, el Gobierno Nacional deberá adoptar en los seis meses siguientes a la vigencia de esa ley, los mecanismos jurídicos y técnicos conducentes a la optimización del flujo financiero de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que prevengan o impidan su desviación, indebida apropiación o retención por parte de cualquiera de los actores partícipes o intermediarios del sistema.

Que las cuentas especiales previstas para el manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales conforme a las Leyes 10 de 1990 y 100 de 1993, 715 de 2001 y el Decreto 1893 de 1994 se deben integrar en los fondos Municipales de salud, de conformidad con el Estatuto Orgánico de Presupuesto;

Que en ningún caso estas cuentas especiales formarán parte integral de los recursos comunes del presupuesto de tales entidades, por lo cual su contabilización, presupuestación y manejo de tesorería, debe ser especiales en los términos de la ley y sus reglamentos;

Que es necesario garantizar el oportuno giro de los recursos, la eficiencia y la uniformidad de los procedimientos para el flujo efectivo de los recursos desde la generación hasta su ejecución por parte de las instituciones prestadoras de servicios (adición supersalud).

Que se hace necesario, modificar el flujo de los recursos del régimen subsidiado, en cuanto a su periodicidad, así como la contabilización y presupuestación.

DECRETA:

ARTICULO PRIMERO. Los Fondos de Salud. Según lo previsto en el artículo 57 de la ley 715 de 2001 las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud, deberán organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo

contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso, los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial.

A los fondos departamentales, Distritales o municipales de salud deberán girarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud, y en general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial.

Parágrafo 1. Sólo se podrán realizar giros del Sistema General de Participaciones a los fondos de salud.

Parágrafo Primero (nuevo). Según lo previsto en el artículo 57 de la ley 715 del 2001, en ningún caso, los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial y los recursos del régimen subsidiado no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso.

ARTICULO SEGUNDO. Acreditación, regulación y vigilancia de los Fondos. Las Entidades Territoriales acreditarán la creación del Fondo Local de Salud y de las respectivas subcuentas presupuestales establecidas en el artículo **tercero ???**, ante el Ministerio de Salud- Dirección General de Financiamiento y Gestión de Recursos o de la dependencia que haga sus veces, enviando copia de los Actos Administrativos por los cuales se crea el Fondo y se establecen las subcuentas en el correspondiente presupuesto y la certificación de la cuenta bancaria a nombre del Fondo Local de Salud por parte de la Entidad Financiera.

Parágrafo 1. El manejo contable de los fondos de salud se regirá por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación.

Parágrafo 2. Para vigilar y controlar el recaudo y adecuada destinación de los ingresos del Fondo de Salud, la Contraloría General de la República exigirá la información necesaria a las entidades territoriales y demás entes, organismos y dependencias que generen, recauden o capten recursos destinados a la salud.

Parágrafo 3. El control y vigilancia de la generación, flujo y aplicación de los recursos destinados a la salud está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y se tendrá como control ciudadano en la participación en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con voz pero sin voto. Según el reglamento que sea expedido por el gobierno.

Parágrafo 4. De acuerdo a lo previsto en el Artículo 43 de la ley 715 corresponde a los Departamentos Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar e l logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

ARTICULO TERCERO. Fuentes. Son fuentes del componente de financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, los siguientes recursos:

- a) Los del Sistema General de Participaciones que se destinen a subsidios a la demanda.
- b) Los provenientes de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA
- c) Los procedentes de tributos Municipales.
- d) Los provenientes del monopolio de los juegos de suerte y azar.
- e) Los administrados por las Cajas de Compensación Familiar en los términos del Artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
- f) Los otros recursos del Sistema General de Participaciones de Propósito general que se apliquen al Régimen Subsidiado.
- g) Los rendimientos financieros de los anteriores recursos.

ARTICULO CUARTO. Presupuestación de los recursos del componente de financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda. Los recursos previstos en el artículo anterior deberán presupuestarse dentro del capítulo correspondiente a los Fondos Locales y Distritales de Salud en rubros separados especificando las fuentes y las aplicaciones.

PARÁGRAFO 1. Las Entidades Territoriales, en el presupuesto anual, estimarán los recursos que se destinarán al régimen subsidiado de salud en cada vigencia, detallando cada una de las fuentes de financiación, incluidos los que provienen de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA y los que administran directamente las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Estos últimos se presupuestarán sin situación de fondos.

PARÁGRAFO 2. Los recursos de la participación asignada a los resguardos indígenas y destinados a la afiliación al Régimen Subsidiado, serán administrados por el Municipio en cuentas separadas para cada resguardo y serán administrados de conformidad con lo establecido en los artículos 82 y 83 de la Ley 715 de 2001.

PARÁGRAFO 3. Los corregimientos departamentales tendrán los mismos recursos establecidos en este artículo y éstos serán administrados por el Fondo Departamental respectivo.

ARTICULO QUINTO. Gestión de Tesorería. Según lo previsto en los artículos 57 y 91 de la ley 715 del 2001, los recursos del régimen subsidiado no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso y no podrán ser sujetos de embargo, titularización u otra clase de disposición financiera.

La gestión de tesorería incluye la protección y recaudo de las fuentes de financiamiento, la apertura y el manejo de las cuentas bancarias, la programación y el pago oportuno de los contratos de aseguramiento del Régimen Subsidiado, la protección de los recursos involucrados en la liquidación de los mismos, así como el rendimiento de cuentas y el reporte de información al Departamento, a la Contraloría General de la República, a la Superintendencia Nacional de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO 1. Los recursos territoriales del Régimen Subsidiado no comprometidos en las vigencias anteriores, los saldos de liquidación de contratos del régimen subsidiado y sus

rendimientos financieros, deberán mantenerse en los Fondos de Salud y conservarán su misma destinación. Los recursos del FOSYGA no ejecutados y sus rendimientos se girarán al Fondo de Solidaridad y Garantía conforme a lo establecido por el CNSSS.

ARTICULO SEXTO. Giro de los recursos del Componente de financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda. Los giros de los recursos del Componente de financiación o cofinanciación de subsidios a la Demanda se realizarán de conformidad con lo previsto en los artículos 53 y 64 de la ley 715 del 2001 y se harán a la cuenta de Participación para la Salud - Régimen Subsidiado - Fondo Departamental, Distrital o Local de Salud .

Parágrafo 1. Según lo previsto en el artículo 53 de la ley 715 del 2001, los giros correspondientes a los aportes patronales se harán directamente a la entidad u organismo que administra las pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales del sector salud de las entidades territoriales, en la forma y oportunidad que señale el reglamento.

Parágrafo 2. Según lo previsto en el artículo 44 de la ley 715 del 2001 solo se podrán girar los recursos del Régimen Subsidiado a los distritos y municipios quienes tienen la competencia exclusiva de financiar y cofinanciar la afiliación de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin, celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.

Se exceptúa de lo anterior el caso de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991, que quedaron facultados por el artículo 43 de la ley 715 del 2001 para administrar los recursos financieros del Sistema General de Participaciones en Salud destinados a financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales, así como identificar y seleccionar los beneficiarios del subsidio y contratar su aseguramiento.

ARTICULO SEPTIMO .- Requisitos para el giro de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA. Cuando se trate de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, asignados para cofinanciar la continuidad de la población afiliada, el monto equivalente a un trimestre del valor aprobado para cada *Distrito o Municipio*, será girado a los Fondos *Municipales* de Salud, cinco (5) días antes de iniciar el periodo de contratación respectivo, con base en los montos aprobados en el Acuerdo del CNSSS o el acto administrativo mediante el cual se distribuyen los recursos.

El monto restante se girará por trimestres anticipados dentro de los cinco (5) días anteriores al inicio del respectivo trimestre, previo el cumplimiento para el segundo giro de la entrega en el Ministerio de Salud- Dirección General de Aseguramiento, o la dependencia que haga sus veces, de las copias de todos los contratos suscritos con los respectivos certificados de disponibilidad y registro presupuestal y la información sobre los afiliados en los términos que determine el Ministerio de Salud.

Cuando se trate de recursos asignados por el CNSSS para ampliación de cobertura estos serán girados en la misma periodicidad previo el cumplimiento para el primer pago, de los requisitos mencionados.

PARÁGRAFO PRIMERO. Los recursos del FOSYGA se girarán a los Fondos Seccionales de Salud con la misma periodicidad y requisitos, sólo cuando el departamento suscriba los contratos del régimen subsidiado.

ARTICULO OCTAVO.- Pagos a las administradoras del Régimen Subsidiado. Las Entidades Territoriales pagarán el 100% del valor del primer bimestre del contrato de aseguramiento durante los cinco (5) primeros días de la ejecución del contrato, entendiendo que, el mismo solo se podrá ejecutar cuando este debidamente perfeccionado, se hayan aprobado las pólizas de cumplimiento, recibido y verificado las pólizas de enfermedades de alto costo y este plenamente acreditada la contratación de la red de prestación de servicios.

A partir del segundo bimestre, se pagará el 80% del valor bimestral de los contratos de aseguramiento durante los cinco (5) primeros días de cada bimestre. El 20% restante se pagará durante los diez días hábiles siguientes a la presentación del reporte de novedades del bimestre inmediatamente anterior, en los términos establecidos por el CNSSS.

En caso de mora de la Entidad Territorial, está pagará a las administradoras del régimen subsidiado intereses de mora obligatorios e irrenunciables, iguales a los señalados por la DIAN para las moras en los pagos de los impuestos sobre la renta y complementarios.

PARÁGRAFO 1.- (Nuevo. De acuerdo a lo previsto en el Artículo 46 de la ley 715 de 2001 los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que a la fecha de entrar en vigencia la ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financian estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones. Exceptúase de lo anterior, a las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas.(Concepto Salud Pública)

PARÁGRAFO 2o. Para garantizar la oportunidad en los pagos las Entidades Territoriales manejarán los recursos del componente subsidios a la Demanda con unidad de caja, con los recursos líquidos disponibles, independientemente de la fuente de financiamiento del Régimen Subsidiado

ARTICULO NOVENO.- Pagos a las IPS. Cuando se trate de contratos de prestación de servicios de salud con la modalidad de capitación, las administradoras del régimen subsidiado pagarán dentro de los cinco (5) primeros días de cada bimestre, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el equivalente al 70% de los servicios contratados en ese periodo. El 30% restante se pagará una vez se haya producido la aprobación final de cada factura, de acuerdo con lo previsto en las normas vigentes.

Cuando se trate de contratación de servicios de salud por modalidades diferentes a la capitación, las administradoras del régimen subsidiado cancelarán un abono como mínimo del 50% del valor de la factura en el momento de su presentación y el saldo a la aprobación final de la factura. Sin perjuicio de lo anterior, las IPS tendrán derecho a un abono mayor al 50%, el cual se determinará teniendo en cuenta el promedio histórico de la facturación no glosada o que habiendo sido glosada por la administradora del régimen subsidiado, las mismas fueron oportunamente aclaradas por la IPS.

PARÁGRAFO 1º. En todo caso la aprobación final de la factura y su pago no deberá sobrepasar de 45 días calendario a partir de su presentación inicial, término dentro del cual deberán haberse aclarado las glosas.

PARÁGRAFO 2º. En caso de mora de las administradoras del régimen subsidiado estas pagaran a las IPS intereses de mora de carácter obligatorio e irrenunciable a una tasa igual a la vigente para los intereses moratorios cobrados por la DIAN sobre moras en los pagos de los impuestos sobre la renta y complementarios. No se causaran intereses de mora por los periodos que excedan los fijados a las IPS, para contestar las glosas.

PARAGRAFO 3o. *Las Administradoras del Régimen Subsidiado no podrán condicionar el pago a la Red Contratada, al pago de las Entidades Territoriales.*

PARAGRAFO 4o.- *Para garantizar la oportunidad en los pagos las administradoras del régimen subsidiado podrán recurrir al crédito bancario, ofreciendo en garantía su patrimonio, así como las cuentas por cobrar de los contratos de Régimen Subsidiado que estén pendientes de recibir.*

PARAGRAFO 5º. Las entidades administradoras del régimen subsidiado, deberán recibir facturas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, durante 20 días del mes, incluido el mes de diciembre.

PARAGRAFO 6º. (Nuevo) , Los contratos de prestación de servicios entre las administradoras del Régimen Subsidiado y las IPS no podrán tener una duración inferior al mismo periodo del contrato del Régimen Subsidiado que se esta administrando.

PARAGRAFO 7º. Las entidades administradoras del régimen subsidiado deberán adelantar una revisión íntegra de la cuenta, antes de proceder a sus glosas.

PARAGRAFO 8º. Las autorizaciones que emita la entidad administradoras del régimen subsidiado son de su plena responsabilidad frente al período que se emite, sin que sean procedentes correcciones retroactivas que afecten a la institución prestadora frente a servicios prestados.

PARAGRAFO 9º. Las entidades administradoras del régimen subsidiado que autoricen la atención hospitalaria de un usuario, son responsables del pago de la cuenta mientras el usuario deba permanecer hospitalizado como consecuencia de la respectiva autorización. En ningún caso será procedente el pago de sumas frente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por parte de la administradora del régimen subsidiado con fecha anterior a la establecida en la autorización expedida por la entidad, sin perjuicio de las normas especiales en materia de atención inicial de urgencias.

ARTICULO DECIMO.- Deberes de los liquidadores: Con el fin de garantizar que los recursos de la seguridad social en los procesos de liquidación de las administradoras del régimen subsidiado, sean destinados a cumplir los fines de la misma, de acuerdo con lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Nacional, sin perjuicio de las demás obligaciones y responsabilidades que el cargo le impone según la legislación vigente, estos tendrán las siguientes funciones:

Identificar del patrimonio social, los recursos existentes y los que estén por ingresar a la entidad en liquidación, que correspondan a la Unidad de Pago por Capitación subsidiada.

Separar del total de los ingresos por concepto de Unidades de Pago por Capitación subsidiada, por lo menos el 85% destinado a garantizar la prestación de servicios de salud y el saldo para gastos de administración

Destinar por lo menos el 85% a que se refiere el numeral anterior, para el pago de las obligaciones contraídas con los prestadores de servicios de salud, siguiendo las reglas contenidas en el artículo 2 de este decreto.

La provisión que deben hacer las administradoras del régimen subsidiado prevista en el Acuerdo 158 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, será destinada igualmente para el pago de las acreencias pendientes con los prestadores de servicios de salud.

Utilizar el saldo de que trata el numeral 2 para el pago de las demás acreencias a cargo de la empresa en liquidación

PARAGRAFO: Si se presentan remanentes de los recursos destinados a cumplir las obligaciones a favor de los prestadores de servicios de salud, los mismos se destinarán al pago de los demás créditos de la entidad en liquidación.

ARTICULO DECIMO PRIMERO.- Modificar el literal b) del artículo 8 del Decreto 1543 de 1998, el cual quedara así: En el régimen subsidiado. Estarán 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, y los recursos correspondientes a la provisión para gasto en salud que deban constituir las ARS de conformidad con lo definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. De igual manera, estarán excluidos los recursos no ejecutados por las Administradoras del Régimen Subsidiado, del porcentaje de la UPC-S, destinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a promoción y prevención. Estos recursos, deberán girarse a los fondos de salud con la mayor brevedad posible de acuerdo con la reglamentación aplicable."

ARTICULO DECIMO SEGUNDO.- Sanciones. Según lo previsto en el artículo 96 de la ley 715 del 2001 incurrir en falta disciplinaria gravísima los servidores públicos que desvíen, retarden u obstaculicen el uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para los fines establecidos en la presente ley o el pago de los servicios financiados con éstos. Dichos servidores serán objeto de las sanciones disciplinarias correspondientes, sin perjuicio de las demás sanciones previstas por la Ley penal.

Igualmente, sin perjuicio de las acciones penales, será causal de mala conducta que la información remitida por las entidades territoriales para la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones sea sobrestimada o enviada en forma incorrecta, induciendo a error en la asignación de los recursos. Por ello, los documentos remitidos por cada entidad territorial deberán ser firmados por el representante legal garantizando que la información es correcta, de esta forma dicha información constituye un documento público con las implicaciones legales que de allí se derivan.

ARTICULO DECIMO TERCERO.- Derogaciones. El presente Decreto se deroga las disposiciones que le sean contrarias y en especial el artículo 24 del Decreto 1283 de 1996; los artículos 7o y 8o del Decreto 3007 de 1997; los artículos 3, 4 y 5 del Decreto 046 del 2000; Parágrafo único del artículo 2 del Decreto 882 de 1998.

**JUAN MANUEL SANTOS
MINISTRO DE HACIENDA Y
CREDITO PÚBLICO**

**GABRIEL ERNESTO RIVEROS
MINISTRO DE SALUD**

1.3 PROPUESTA DECRETO DE HOMOLOGACIÓN DE REQUISITOS A ENTIDADES QUE ADMINISTREN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

DECRETO N°

Por el cual se homologan los requisitos que deben cumplir las entidades que administren los recursos del régimen subsidiado de salud

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas por el artículo 189 numeral 11 de la Constitución política y el parágrafo del artículo 215 de la ley 100 de 1993,

DECRETA:

CAPITULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1°– Personas Jurídicas habilitadas para administrar los recursos del régimen subsidiado.- Podrán administrar los recursos del régimen subsidiado y ejercer las funciones de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Empresas Solidarias de Salud, ESS, las Cajas de Compensación Familiar, CCF, 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 y por las entidades territoriales donde pretendan operar.

Paragrafo. La expresión “Administradora del Régimen Subsidiado” utilizada en el presente decreto y en las demás normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud no implica la existencia de una persona jurídica diferente y autónoma, sino la denominación para el evento en que las entidades mencionadas en el artículo anterior administren los recursos del régimen subsidiado.

ARTICULO 2°. De la función esencial que deben cumplir las Administradoras del Régimen Subsidiado y de la naturaleza de sus obligaciones. Las Administradoras del Régimen Subsidiado tienen como función principal garantizar directa o indirectamente la prestación de los servicios de salud incluidos en Plan Obligatorio de Salud Subsidiado a su población afiliada. Como contraprestación por esta obligación reciben una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, que equivale a una prima anual por persona afiliada. Las Administradoras del Régimen Subsidiado administran los recursos recibidos de las entidades territoriales bajo el criterio de aseguramiento, en el sentido de que con la totalidad de las primas recibidas se atienden la totalidad de servicios del POS-S para los afiliados.

La naturaleza de las obligaciones de las ARS es especial dentro del contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por ende cumplen una función mixta de aseguradoras y de agenciamiento de los derechos de los usuarios, en el sentido de asumir la responsabilidad de hacer cumplir los derechos de los usuarios de la mejor forma posible.

ARTICULO 3°. Funciones de Aseguramiento. Dentro de las funciones de aseguramiento las ARS desarrollarán las siguientes actividades:

Asumir el riesgo en salud de sus afiliados garantizando la prestación de los servicios incluidos en el POS-S y evitando la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas.

Asegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social, mediante la contratación de una póliza que ampare dichas enfermedades para toda su población afiliada.

Pagar en forma oportuna a la red prestadora de servicios de salud que atienda a su población afiliada, los valores correspondientes a la prestación de tales servicios.

Establecer el sistema de administración financiera de los recursos provenientes del subsidio a la demanda.

Poseer un sistema de información de costos que permita hacer un adecuado seguimiento a la utilización de los recursos de la UPC-S en prestación de servicios de salud.

ARTICULO 4°. Funciones de agenciamiento de los derechos de los usuarios. Dentro de las funciones de agenciamiento de los derechos de los usuarios las ARS desarrollarán las siguientes actividades

- Promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, garantizando la libre elección por parte del beneficiario.
- Afiliar a la población beneficiaria de subsidios y entregar el carné correspondiente que lo acredita como afiliado, en los términos fijados por las normas vigentes.
- Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con el contenido del POS-S, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos dentro del SGSSS, así como el valor de las cuotas moderadoras y copagos que debe pagar.
- Organizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios y con profesionales de salud, implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

- Suministrar oportunamente a las Direcciones de Salud la información relacionada con sus afiliados y verificar en el momento de la afiliación que estas personas se encuentran dentro de la población prioritaria para la asignación de subsidios, conforme los listados entregados por las entidades territoriales.
- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud, a las entidades territoriales y demás autoridades correspondientes las irregularidades que se presenten en la operación del régimen subsidiado, en especial aquellos aspectos relacionados con los procesos de identificación, afiliación, carnetización de los beneficiarios de subsidios y deficiencia en la red prestadora de servicios, independientemente de las acciones internas que adelante para establecer las responsabilidades personales o institucionales y para la adopción de los correctivos correspondientes.
- Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios, para lo cual deberán coordinar con las entidades territoriales las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de su población afiliada y velarán por el cumplimiento de las metas establecidas para este tipo de acciones.

ARTICULO 5. Clases de Requisitos. Las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán acreditar requisitos ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante los departamentos y distritos según lo que corresponda a cada una de las entidades mencionadas, de conformidad con lo establecido en el presente Decreto.

CAPITULO SEGUNDO

AUTORIZACIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

ARTICULO 6°. Requisitos que deben acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud.- Las entidades que administren los recursos del régimen subsidiado deberán obtener autorización de la Superintendencia Nacional de Salud previa la acreditación de los siguientes requisitos.

1. Tener personería jurídica y estar organizadas como Entidades Promotoras de Salud, Cajas de Compensación Familiar o Empresas Solidarias de Salud. Estas últimas deberán estar constituidas como cooperativas, asociaciones mutuales o asociaciones de cabildos o resguardos indígenas.
2. Tener como objeto garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el POS-S.
3. Disponer de una organización administrativa y financiera que le permita cumplir con sus funciones y responsabilidades, en especial, un soporte informático que permita operar en forma oportuna una base de datos actualizada de sus afiliados y sus características socioeconómicas y contar con un sistema de evaluación de la calidad de los servicios ofrecidos. Para este propósito deberá acreditar los instrumentos técnicos en materia de software, hardware y recurso humano disponibles con los cuales va a garantizar la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente lo relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia.

4. Acreditar un capital social mínimo equivalente a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Como aporte de capital serán procedentes los aportes en especie, los cuales se podrán efectuar en la forma de inmuebles con destino a la sede, así como de los bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Para efecto del cálculo del capital mínimo, 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.

5. Presentar un estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el proyecto de presupuesto para el primer año de operación.

PARAGRAFO 1o. Cuando la administradora del régimen subsidiado posea red prestadora deberá establecer una contabilidad separada por centros de costos de la actividad de la entidad Administradora del Régimen Subsidiado y de la actividad que tenga por objeto la prestación del servicio.

Cuando la entidad opere en el régimen contributivo, deberá administrar los recursos del régimen subsidiado mediante una contabilidad separada y por centros de costos.

ARTICULO 7°- Causales de revocatoria de autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud revocará la autorización otorgada en los siguientes casos:

1. Cuando la ARS no acredite después de su primer año de funcionamiento y en forma permanente un número mínimo de 200.000 afiliados sumados los regimenes contributivo y subsidiado.

2. Cuando la ARS no acredite un patrimonio mínimo equivalente al diez por ciento del valor de las UPC-S que haya tenido como ingreso en el año anterior, sin que dicho valor sea inferior a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

3. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud verifique que no existen las condiciones que dieron origen a la autorización de funcionamiento, o el desempeño de la ARS no garantice los derechos de los afiliados al régimen subsidiado y el cumplimiento de sus obligaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con los indicadores de gestión definidos por la propia Superintendencia.

PARAGRAFO. Las ARS podrán funcionar con menos de 200.000 afiliados, siempre y cuando acrediten un patrimonio mínimo equivalente a 15.000 salarios mínimos legales mensuales.

Las ARS que se encuentran en la situación descrita en el numeral anterior serán objeto de un seguimiento especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en cuanto a su situación financiera y la oportunidad de pagos a los prestadores de servicios de salud y demás proveedores.

Ninguna ARS podrá permanecer por mas de tres años consecutivos con menos de 200.000 afiliados.

ARTICULO 8°. Procedimiento para la obtención de la autorización de funcionamiento en la Superintendencia Nacional de Salud. Para la obtención de la autorización de funcionamiento se deberán tener en cuenta el siguiente procedimiento:

1. Las personas jurídicas que pretendan actuar como administradoras del régimen subsidiado deberán obtener, con una antelación mínima de cuarenta y cinco (45) días a la fecha del respectivo período de contratación, el certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en la ley y el presente decreto.

2. La solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de una Administradora del Régimen Subsidiado deberá estar acompañada de los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos señalados en este Decreto. La Superintendencia Nacional de Salud instruirá a todos los interesados sobre el contenido de los documentos requeridos.

3. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, la Superintendencia Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional y regional, en día domingo y en página impar, en el cual se exprese por lo menos, el nombre e identificación de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, dependencia, ramo o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días calendario, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposición en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación.

De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante, dentro del día hábil siguiente al que se reciba.

Dentro de este mismo término la Superintendencia Nacional de Salud iniciará el estudio de los documentos aportados.

4. Una vez transcurrido el procedimiento señalado en el numeral anterior la Superintendencia Nacional de Salud efectuará visita de inspección a la entidad solicitante en donde verificará el cumplimiento de los requisitos exigidos. Dentro de esta inspección la Superintendencia verificará especialmente la capacidad del sistema de información y la capacidad técnico administrativa de la entidad, así como la confiabilidad de la información reportada en los estados financieros. Efectuada la inspección se elaborará un informe debidamente motivado donde se establezca la capacidad de la entidad para la administración del régimen subsidiado. En caso de que el informe sea negativo se le informará a la interesada para que realice las observaciones que considere pertinentes y posteriormente se procederá a la decisión. Si el informe es positivo se dejara constancia de la idoneidad y capacidad de la entidad para administrar los recursos del régimen subsidiado.

La Superintendencia Nacional de Salud solo podrá conceder la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga todos los requisitos exigidos y

verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación con la operación.

5. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, la Superintendencia Nacional de Salud deberá resolver la solicitud dentro de los quince (15) días hábiles siguientes.

PARÁGRAFO. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá en cuenta al cobertura geográfica de la ARS para efectos de evaluar su viabilidad pero en la autorización impartida no se limitará el número de afiliados que pueda tener la ARS ni su cobertura geográfica. La autorización de la Superintendencia se entiende para operar en todo el territorio nacional.

CAPITULO TERCERO

AUTORIZACIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS

ARTICULO 9°. Requisitos que deben acreditar ante los Departamentos y Distritos.

Las ARS que pretendan operar en la jurisdicción de un determinado Departamento o Distrito deberá acreditar ante la respectiva entidad territorial los siguientes requisitos.

1. Que se encuentran debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud.
2. Presentar un estudio sobre la capacidad de oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la disponibilidad de profesionales y grupos de práctica de la región en donde proyecta operar, o a través de los cuales garantizará la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS-S. Dentro de este estudio debe presentarse el plan de organización de la red para la prestación del POS-S ya sea a través de la infraestructura existente o de la propia en caso de que no exista oferta disponible, cerciorándose de que su organización y capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados.
3. Tener sede administrativa en cada uno de los municipios y distritos donde pretende operar y tener disponibilidad personal o telefónica de atención al usuario, durante las 24 horas del día todos los días. En personal que labore en cada municipio deberá tener capacidad para decidir la referencia y contrareferencia de pacientes.
4. Presentar un programa de atención al usuario, ajustado a la normatividad vigente, que incluya el procedimiento para la recepción, registro, identificación y trámite de quejas y reclamos mediante una base de datos que permita identificar el grado de resolución de las mismas, y presentar el plan de capacitación a los usuarios respecto de sus derechos y deberes en el régimen subsidiado.
5. Presentar el plan de auditoria que implementará frente a los prestadores de servicios de salud que garantice la oportunidad y calidad en los servicios, así como el sistema que utilizará para la recepción de cuentas y la formulación de glosas indicando los requisitos exigidos y los tiempos establecidos.

ARTICULO 10°. Causales de revocatoria de la autorización por parte de los Departamentos y Distritos. Los Departamentos y Distritos revocarán la autorización otorgada en los siguientes casos:

1. Por revocatoria de la autorización proferida por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. Cuando se presente incumplimiento de los planes, programas y demás requisitos acreditados por la ARS para la operación en la entidad territorial.

3. Cuando la ARS presente mora superior a treinta días calendario de las cuentas debidamente aceptadas por concepto de prestación de servicios de salud.

ARTICULO 11°. Procedimiento para la autorización de funcionamiento por parte de los Departamentos y Distritos. Para la obtención de la autorización de funcionamiento por parte de los Departamentos y Distritos se surtirá el siguiente procedimiento:

1. La solicitud de autorización deberá estar acompañada de los documentos que acrediten los requisitos que deben cumplirse ante las entidades territoriales. Las entidades territoriales instruirán a todas las ARS sobre el contenido de los mencionados documentos.

2. Recepcionados los documentos, la entidad territorial practicará visitas en la sede o sedes municipales o distritales de la ARS para constatar la información reportada y levantará actas de tales visitas.

3. Efectuadas las visitas y analizados los documentos aportadas la entidad territorial elaborará un informe técnico sobre la capacidad e idoneidad de la ARS para funcionar en su jurisdicción. De dicho informe técnico se correrá traslado por cinco (5) días hábiles al interesado para que efectúe las observaciones a que haya lugar.

4. Una vez vencido el traslado a que hace referencia el numeral anterior la entidad territorial proferirá la decisión autorizando o negando la autorización de la ARS dentro de los quince (15) días hábiles siguientes.

5. La decisión proferida por la entidad territorial será susceptible del recurso de reposición ante la misma entidad y de apelación ante el Ministerio de Salud.

ARTICULO 12°.- Procedimiento para el retiro voluntario de una entidad territorial.

Cuando una ARS de manera voluntaria decida retirarse de una entidad territorial deberá manifestar tal voluntad en forma escrita al representante legal de la respectiva entidad, con una antelación de por lo menos siete (7) meses al vencimiento de los contratos de régimen subsidiado que tenga vigentes, con el fin de que la entidad territorial adelante los procesos correspondientes en aras de que esta población se afilie a otras ARS.

CAPITULO TERCERO

ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO INDÍGENAS

ARTICULO 13°.- ARS de las Comunidades Indígenas. Las ARS creadas por los pueblos indígenas se sujetarán a lo previsto en la ley 691 de 2001, y en lo no regulado por dicha ley a lo establecido en el presente decreto, siempre y cuando por lo menos el 60% de sus afiliados pertenezca a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos.

Cuando una ARS indígena no tenga al menos el 60% de sus afiliados pertenecientes a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos, se le aplicará en su integralidad el presente decreto y las demás normas que regulan el funcionamiento de las ARS en general.

CAPITULO CUARTO

REGIMEN DE TRANSICIÓN

ARTICULO 14°. Plazo para la acreditación de requisitos. Las ARS actualmente autorizadas en el país no deberán someterse nuevamente al proceso de autorización previsto en el presente decreto, pero deberán dar cumplimiento en forma permanente a las obligaciones previstas en esta norma en un plazo no superior a seis meses a partir de su vigencia.

Para efectos de cumplir con los requisitos relativos al patrimonio y al número mínimo de afiliados contarán con un año a partir de la expedición del presente Decreto.

Las ARS que se autoricen a partir de la vigencia del presente Decreto deberán acreditar 100.000 afiliados vencido el primer año de contratación y 200.000 al vencimiento del segundo año.

ARTICULO 15°. Requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud y de las entidades territoriales. La Superintendencia Nacional de Salud y los Departamentos y Distritos podrán efectuar después de los seis meses de vigencia de este Decreto, requerimientos a las ARS para que cumplan los requisitos previstos para su funcionamiento. Si se verifica el incumplimiento de alguno de los requisitos se revocará la autorización vigente.

ARTICULO 16°. Vigencia y Derogaciones. El presente Decreto rige a partir de su publicación en el Diario Oficial y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

1.4 PROYECTO DE ACUERDO POR EL CUAL SE DEFINEN LAS FORMAS Y CONDICIONES DE OPERACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

UNIVERSIDAD NACIONAL

(Abril 2002)

PROYECTO DE ACUERDO NUMERO

por medio del cual se define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de las facultades conferidas por el artículo 212 de la Ley 100 de 1993,

ACUERDA:

CAPITULO I

Objeto

ARTICULO 1º. Objeto. El presente Acuerdo define la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, determina el procedimiento para identificar a los potenciales beneficiarios de los subsidios y el mecanismo de selección de los beneficiarios, el procedimiento de afiliación a las Administradoras del Régimen Subsidiado, la contratación y la ejecución de los recursos. Así mismo define el régimen de copagos y cuotas moderadoras.

CAPITULO II

Identificación de beneficiarios

ARTICULO 2º. Beneficiarios del régimen. Son beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, que no tiene capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo y en consecuencia recibe subsidio total o parcial, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el presente Acuerdo.

ARTICULO 3º. Mecanismos de identificación de potenciales beneficiarios. La identificación de los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado se hará en todos los municipios del país mediante la aplicación del SISBEN, o el instrumento que haga sus veces.

Cualquier ciudadano puede solicitar, en cualquier momento, que le sea aplicada la encuesta Sisben en su municipio de residencia. De igual manera cualquier ciudadano o las instancias encargadas de la verificación de la identificación podrán solicitar que se revise una o varias encuestas determinadas con el fin de verificar la información allí consignada, o determinar la existencia de variaciones en la información inicial, que modifiquen el puntaje obtenido.

ARTICULO 4º. *Identificación de beneficiarios pertenecientes a comunidades indígenas.* Conforme lo establece la Ley 691 de 2001, las tradicionales y legítimas autoridades de cada Pueblo Indígena, elaborarán un censo y lo mantendrán actualizado, para efectos del otorgamiento de los subsidios. Estos censos deberán ser registrados en el ente territorial municipal donde tengan asentamiento los pueblos indígenas. Las autoridades indígenas, entregarán al Alcalde del municipio un listado censal con el nombre, fecha de nacimiento, número de identificación, parentesco con el cabeza de familia, sexo y discapacidad si la presenta, de las personas pertenecientes a su comunidad que deben ser potenciales beneficiarias del Régimen Subsidiado.

El listado censal de que trata este artículo deberá realizarse contando con la concertación del pueblo indígena de acuerdo con los procedimientos reconocidos por la comunidad y se actualizará, cada año dentro de los 90 y 60 días anteriores a iniciarse el período de contratación respectivo.

Parágrafo 1. Los indígenas que pertenezcan al régimen contributivo, por ser servidores públicos, o que tengan contrato de trabajo, o que sean pensionados, o desarrollen alguna actividad económica que les permita tener capacidad de pago, no podrán pertenecer al régimen subsidiado.

Parágrafo 2. Podrá aplicarse el SISBEN a las comunidades indígenas cuando estas así lo soliciten.

ARTICULO 5º. *Excepciones para la aplicación del SISBEN.* La identificación de las siguientes poblaciones especiales se realizará sin aplicación del SISBEN:

- 1.- Población infantil abandonada. El listado de potenciales beneficiarios será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- 2.- Población indigente. Cuando una persona, sea considerada indigente, por carecer de vivienda e ingresos, deberá ser identificada a través de listado de potenciales beneficiarios elaborado por la respectiva Alcaldía Municipal.
- 3.- Población desmovilizada. La población desmovilizada y sus núcleos familiares a cargo de la Secretaría Especial para la Reinserción, de la Red de Solidaridad Social, se identificará mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por esta Secretaría. Para adelantar el proceso de identificación se tendrán en cuenta los listados oficiales del Ministerio del Interior.
- 4.- 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 del orden nacional.
- 5.- Personas de la tercera edad en protección en ancianatos. Las personas de la tercera edad que se encuentren en ancianatos y sean de escasos recursos, se identificarán mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por la Entidad Territorial.
- 6.- Enfermos mentales que se encuentren institucionalizados, cuando se trate de personas de escasos recursos. Estos se identificarán mediante listado de potenciales beneficiarios elaborado por la entidad territorial.

Parágrafo. El listado de potenciales beneficiarios de que trata el presente artículo deberá contener como mínimo, el nombre y apellidos, fecha de nacimiento, número de identificación, sexo y discapacidad si la presenta y se presentará en el formato que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTICULO 6°. Aplicación del sistema de identificación de potenciales beneficiarios. La aplicación del Sisben, su implementación y administración estará a cargo del Alcalde del respectivo municipio o distrito.

Es responsabilidad de las Entidades Territoriales, mantener a disposición del público toda la información concerniente al resultado de la aplicación del Sisben en su territorio y deberán entregar un informe anual, en el mes de enero al Consejo Territorial de Seguridad Social, que contenga como mínimo la siguiente información: número de personas encuestadas clasificadas por nivel de Sisben, grupo étnico, y área rural o urbana; número de personas identificadas como beneficiarios por nivel de Sisben, grupo étnico, y área rural o urbana, identificando dentro de estos grupos la población materno infantil, indígena y discapacitada, así como la información relativa a los beneficiarios identificados mediante listado censal. Este informe debe ser entregado igualmente a las Direcciones Seccionales de Salud y demás organismos de control que lo soliciten.

Lo anterior sin perjuicio de las responsabilidades que tenga los organismos del orden nacional en la formulación del mecanismo de focalización.

ARTÍCULO 7°.- Revisión de la condición de beneficiarios del régimen subsidiado.

Los municipios y distritos de manera periódica deberán revisar la condición de beneficiarios de las personas afiliadas al régimen subsidiado, especialmente en lo relacionado con la información consignada en el SISBEN. Para realizar estos procesos deberán tener en cuenta los principios constitucionales de la función administrativa y en consecuencia mediante acto administrativo que se notificará en los términos del Código Contencioso Administrativo determinar los usuarios que no reúnen los requisitos señalados para pertenecer al régimen subsidiado.

En todo caso las decisiones que se adopten como producto del proceso de revisión del SISBEN o de los listados censales deberán efectuarse por lo menos tres meses antes del inicio del período de contratación en el cual se encuentra la persona afectada por la decisión, y contra la misma procederán los recursos señalados en las normas vigentes. En firme las decisiones adoptadas en ese sentido, surtirán efectos a partir del siguiente período de contratación.

ARTICULO 8°. Documento de Identificación de los potenciales afiliados y afiliados al Régimen Subsidiado mayores de 18 años. Los potenciales beneficiarios y afiliados al régimen subsidiado mayores de 18 años se identificarán a través de la cédula de ciudadanía.

En el caso de las personas extranjeras mayores de edad, para los efectos previstos en el presente artículo, se utilizará la cédula de extranjería.

PARAGRAFO.- Cuando la autoridad municipal detecte comunidades pobres que no pudieron ser incluidas en el régimen subsidiado por ausencia del documento de identidad de

sus habitantes, coordinará con la respectiva regional de la Registraduría Nacional del Estado Civil para adelantar la identificación de esta población.

ARTICULO 9°. Documento de Identidad para los potenciales afiliados y afiliados al régimen subsidiado Menores de Edad. Los menores de edad se identificarán con el registro civil de nacimiento hasta los siete años o la tarjeta de identidad. Cuando los potenciales beneficiarios o afiliados al régimen subsidiado menores de edad no posean documento de identidad, siempre y cuando, la madre o el afiliado cabeza de familia posea documento de identidad; se podrán identificar mediante el número de identificación del afiliado cabeza de familia y un consecutivo dependiendo de su lugar en el núcleo familiar, hasta tanto les sea expedido el Registro Civil correspondiente o sea posible definir un número único de identificación por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

En el caso de las personas extranjeras menores de edad para los casos previstos en este Acuerdo se utilizará el pasaporte.

PARAGRAFO 1. La tarjeta de identidad se utilizará como documento de identidad para la acreditación de la afiliación al Régimen Subsidiado, solo para aquellos a quienes les haya sido expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil, de conformidad con lo establecido en el presente Acuerdo, los potenciales beneficiarios mayores de 7 años a quienes no les haya sido expedida la tarjeta de identidad se identificarán con el registro civil de nacimiento.

ARTICULO 10°. Documento de identidad para población Indígena. Podrán ser potenciales beneficiarios o afiliados al Régimen Subsidiado los afiliados de las comunidades indígenas que no posean documento de identidad, siempre y cuando las autoridades tradicionales del resguardo, parcialidad o cabildo legalmente constituidas, certifiquen la existencia y permanencia de los miembros afiliados al Régimen Subsidiado de su comunidad; quienes continuarán con su calidad de afiliados al Régimen Subsidiado y se reconocerá a las ARS correspondientes la respectiva UPC-S.

Para el registro individual de cada uno de los integrantes de las comunidades indígenas, en las bases de datos, la Entidad Territorial asignará el código del departamento, más código del municipio, más el indicador de población I, más un secuencial; y en los municipios donde exista más de una comunidad indígena, se agregará una letra que identifique al resguardo parcialidad o cabildo al que pertenezca la población, después del indicador de población I y antes del secuencial.

ARTICULO 11°. Verificación de la identificación de beneficiarios. A las Direcciones Locales y Distritales de Salud, Personerías Municipales o Distritales, Veedurías Comunitarias, copacos, asociaciones de usuarios y a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, les corresponde verificar que las personas identificadas como beneficiarios potenciales sean efectivamente las personas más pobres y vulnerables del respectivo municipio. Así mismo revisarán que se encuentren incluidas las personas que tendrían derecho a los subsidios.

CAPITULO III

SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

ARTICULO 12°. *Selección de nuevos beneficiarios.* Para la ampliación de cobertura, las Entidades Territoriales elaborarán la lista de potenciales afiliados del régimen subsidiado con base en la información obtenida, según lo dispuesto en los artículos 3,4 y 5 del presente Acuerdo, y la estimación de recursos para la ampliación disponibles para cada período de contratación.

La lista deberá estar conformada por la población perteneciente a los niveles 1 y 2 del Sisben y se priorizarán los núcleos familiares donde existan personas que tengan la condición que se describe a continuación:

1. Mujeres en estado de embarazo o periodo de lactancia y niños menores de cinco años.
2. Población con limitaciones físicas, síquicas y sensoriales.
3. Población de la tercera edad.
4. Mujeres cabeza de familia.
- 5 Núcleos familiares de las madres comunitarias

Los priorizados se ordenarán de acuerdo con el puntaje obtenido en la aplicación de la encuesta SISBEN y se dará prioridad en la afiliación a los potenciales beneficiarios y sus núcleos familiares que presenten la condición antes señalada de las áreas rurales.

Las Entidades Territoriales, tomarán las medidas necesarias para identificar a estas poblaciones y a sus núcleos familiares y elaborarán el listado de priorizados teniendo en cuenta los criterios anteriores. Este listado deberá mantenerse en forma permanente, en lugar visible al público o también podrá estar a disposición para consultas a través de pantalla, y deberá actualizarse como mínimo dos veces al año, tres (3) meses antes de cada periodo de contratación.

Parágrafo 1°. Los limitados físicos, síquicos y sensoriales que reúnen las condiciones para pertenecer al régimen contributivo como beneficiarios o cotizantes, deberán permanecer en éste.

Parágrafo 2°. La población rural migratoria que haya sido identificada y afiliada al régimen subsidiado según el mecanismo definido por el CNSSS, seguirá perteneciendo a él siempre y cuando no reúnan las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y mantendrán el esquema de financiación aprobado en el mencionado Acuerdo.

Parágrafo 3°. De presentarse alguna controversia en torno a la priorización de algún afiliado será resuelta con la participación del tribunal de equidad y antes de iniciarse el periodo de contratación.

Parágrafo 4º. No será criterio de selección de beneficiarios al régimen subsidiado la condición de enfermedad. No obstante lo anterior, el Estado deberá prestar prioritariamente los servicios de salud a la población pobre que se encuentre en situación de enfermedad y que no logren ingresar al régimen subsidiado conforme a la aplicación de los criterios de priorización definidos en el presente Acuerdo.

ARTICULO 13º. Núcleos familiares. Para el proceso de identificación de las personas que serían beneficiarias del régimen subsidiado se adoptará la definición de núcleo familiar que al efecto establezca el CONPES en el instrumento de identificación de los beneficiarios.

Sin embargo, en las bases de datos de beneficiarios y afiliados se identificará el núcleo familiar compuesto por los cónyuges o compañeros permanentes y los hijos menores de 18 años, los mayores con deficiencia física o mental, o los mayores de edad menores de 25 años siempre y cuando no tengan capacidad de pago y sean estudiantes de tiempo completo.

Cuando una persona afiliada al régimen subsidiado se traslade al régimen contributivo, lo hará con el núcleo familiar definido para este último. Los demás familiares que se encuentren afiliados al régimen subsidiado, continuarán como beneficiarios de dicho régimen.

ARTICULO 14º. Selección de la población desmovilizada. Corresponde a la Secretaría Especial para la Reinserción de la Red de Solidaridad Social o quien haga sus veces, la selección de los beneficiarios del Régimen Subsidiado de la población desmovilizada.

No serán beneficiarios del Régimen Subsidiado las personas desmovilizadas que posean relación de trabajo, o quienes perciban ingresos suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo, o quienes estén pensionados, o quienes como beneficiarios de otra persona estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para realizar la selección de los beneficiarios, la Secretaría Especial para la Reinserción elaborará un listado de priorizados con las personas que no se encuentren en la situación descrita en el inciso anterior, teniendo en cuenta el orden de prioridades descrito en el artículo .

Los núcleos familiares de desmovilizados fallecidos que no tengan capacidad de pago, mantendrán su afiliación al Régimen Subsidiado no obstante la desaparición del cabeza de familia, mientras no se presente ninguna de las condiciones señaladas en el inciso segundo de éste artículo.

El listado de los beneficiarios deberá ser discriminado por departamento o distrito según el lugar donde se encuentren residiendo los desmovilizados.

Una vez elaborado el listado de los beneficiarios, éste será remitido por la Secretaría Especial para la Reinserción, durante los primeros quince (15) días calendario de enero de cada año, a los departamentos o distritos respectivos según la población que corresponda a cada uno.

Las respectivas entidades territoriales incluirán dentro de sus listados de beneficiarios del Régimen Subsidiado a las personas que figuren en los listados remitidos por la Secretaría Especial para la Reinserción.

PARAGRAFO.- Si por cualquier circunstancia se modifican las variables contempladas para la determinación de la condición de beneficiario, la Secretaría Especial para la Reinserción determinará su inclusión o exclusión del Régimen Subsidiado. Esta información será remitida a las entidades territoriales, cada dos meses, para realizar los ajustes a que haya lugar.

ARTICULO 15°. Cruces de bases de datos con el contributivo. Una vez priorizados los potenciales beneficiarios, el municipio remitirá la base de datos al departamento quien en ejercicio de la función consagrada en el artículo 43.1.6 de la ley 715 de 2001 efectuará los cruces de las bases de datos con el régimen contributivo y entre municipios e informará al municipio sobre las personas que se encuentren con multiafiliación, con el fin de que este último los retire de la base de datos de priorizados.

El anterior procedimiento deberá surtirse antes de informar la condición de beneficiario.

ARTICULO 16°. Verificación de la selección. A las Direcciones Locales y Distritales de Salud, Personerías Municipales o Distritales, Veedurías Comunitarias, Copacos, Asociaciones de Usuarios y a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud les corresponde verificar que la lista de afiliados potenciales se realice en el orden establecido en el presente Acuerdo.

En ejercicio de esta función podrán solicitar a las Alcaldías, Distritales o Locales de Salud, la información necesaria para verificar la condición de los beneficiarios. Igualmente podrán ser veedores en la elaboración del listado priorizado de beneficiarios potenciales y solicitar a las autoridades respectivas, la modificación, adición o corrección de las listas.

Los tribunales de equidad tendrán respecto del proceso de selección las mismas facultades consagradas en el artículo 11 del presente Acuerdo.

CAPITULO IV

Afiliación

ARTICULO 17°. 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.

ARTICULO 18. Período de afiliación. El período de afiliación a una Administradora del Régimen Subsidiado será de un año y deberá coincidir con el periodo de contratación, de que trata el artículo 40 del presente Acuerdo.

ARTICULO 19. Libre escogencia de Administradora del Régimen Subsidiado. Todos los afiliados actuales al régimen subsidiado, como los que lleguen a afiliarse tienen el derecho de libre elección de ARS. En consecuencia las autoridades territoriales garantizarán este derecho, mediante la información a los beneficiarios sobre sus derechos y deberes y permitiendo la participación de las distintas instancias de control y participación ciudadana como los tribunales de equidad, quienes podrán ser veedores del proceso para garantizar su transparencia.

ARTICULO 20. Selección de administradora para nuevos afiliados. El mercadeo para afiliarse por primera vez al régimen subsidiado se realizará en actos públicos organizados por el municipio, con la presencia y veeduría de las ARS autorizadas para operar en la zona y de las diferentes instancias de control y participación ciudadana. Se prohíbe el mercadeo puerta a puerta por parte de las ARS.

Para tal efecto las entidades territoriales podrán utilizar mecanismos como el tarjetón u otros similares donde se garantice que los beneficiarios de subsidios escogen ARS de manera libre y espontánea.

ARTICULO 21°. Procedimiento para la selección de ARS de nuevos afiliados. Los potenciales afiliados del régimen subsidiado escogerán libremente la Administradora del Régimen Subsidiado de su preferencia, de acuerdo con lo descrito en el presente artículo y siguiendo el procedimiento que se describe a continuación:

1. Las Direcciones de Salud deberán mantener en forma permanente y actualizada, en lugar visible al público, la lista y direcciones respectivas de las Administradoras del Régimen Subsidiado autorizadas para funcionar en su territorio. Así mismo todos los municipios deberán hacer público en las Secretarías de Salud respectivas y en medios de amplia difusión de la jurisdicción el resultado del sistema de evaluación de las ARS autorizadas en su territorio, de conformidad con los parámetros de evaluación que al efecto haya definido el Gobierno Nacional. Las ARS deberá hacer mención de los respectivos resultados en su publicidad institucional.

2. Las Alcaldías o Direcciones Locales de Salud, suministrarán a las Administradoras del Régimen Subsidiado inscritas y autorizadas en su territorio, en la misma fecha la información sobre las condiciones y características del acto público de libre elección.

3. Una vez identificados y seleccionados los beneficiarios de subsidios que pueden afiliarse, de conformidad con lo establecido en los Capítulos II y III del presente Acuerdo, la Alcaldía les comunicará entre los noventa (90) y setenta y cinco (75) días calendario antes de iniciarse el período de contratación, personalmente, por edicto y a través de un medio masivo de comunicación, que deben elegir una Administradora de Régimen Subsidiado, informándoles la lista de entidades posibles que se encuentran inscritas y autorizadas para operar, y las fechas en que se llevarán a cabo los actos públicos de libre elección.

4. Para proceder a la inscripción, los beneficiarios del subsidio deberán seleccionar una Administradora del Régimen Subsidiado, en las fechas en que se lleven a cabo los actos públicos de libre elección, los cuales en todo caso se realizarán entre los setenta y cinco (75) días y quince (15) días calendario antes de iniciar el periodo de contratación respectivo.

5. Las Entidades Territoriales o Direcciones Locales de Salud, verificarán los formularios de afiliación o los documentos utilizados para la afiliación e informarán a las Administradoras del Régimen Subsidiado a más tardar cinco (5) días calendario antes de iniciarse el período de contratación sobre el listado definitivo de afiliados por los que se realizará el contrato.

6. Los beneficiarios de subsidios inscritos, se entenderán afiliados, en el momento en que la respectiva entidad territorial suscriba el contrato con la Administradora del Régimen

Subsidiado y lo registre presupuestamente. La fecha del registro presupuestal debe coincidir con la fecha de suscripción del contrato.

Parágrafo 1. Una vez escogida la Administradora del Régimen Subsidiado e iniciado el periodo de contratación respectivo no habrá lugar a revocar la voluntad de afiliación para ese periodo de contratación. Los traslados se realizarán en los términos del artículo 22 de este Acuerdo.

Parágrafo 2. En el caso en que un potencial afiliado seleccionado como beneficiario no haya hecho uso del derecho de libre escogencia, dentro de los términos establecidos en el presente Acuerdo, deberá esperar para su afiliación hasta el siguiente periodo de contratación dependiendo de la disponibilidad de recursos.

Parágrafo 3. Cuando se presente dos o más formularios de afiliación de un mismo afiliado a distintas ARS, deberá aclararse la intención de afiliación con el beneficiario. Si no es posible aclarar dicha intención 10 días antes de iniciar el periodo de contratación, el beneficiario no será incluido en la base de datos de afiliados por los que se suscribe el contrato y se convocará nuevamente para el siguiente periodo de contratación. En estos casos se podrá reemplazar el cupo por otro beneficiario priorizado.

ARTICULO 22°. Traslado de administradora. Las actividades que realice la ARS para lograr los traslados de afiliados deberán limitarse a aquellas de carácter general. Se prohíbe el mercadeo puerta a puerta para promover los traslados del régimen subsidiado.

El afiliado podrá manifestar su voluntad de trasladarse libremente de Administradora, ante la Secretaría Municipal y/o distrital de salud, de conformidad con las siguientes reglas y procedimientos:

1. La voluntad de traslado se deberá manifestar, después de 6 meses de iniciado el respectivo periodo de afiliación y hasta 3 meses antes del vencimiento del periodo.
2. Los afiliados deberán manifestar libremente su voluntad de traslado, de forma personal ante las Secretarías municipales de salud de los municipios o en el sitio que estas determinen durante el periodo establecido en el numeral anterior.
3. Las Entidades Territoriales dentro del plazo descrito en este artículo podrán establecer fechas para la realización de eventos especiales de traslado y comunicarlas a través de medios masivos de comunicación. Los procedimientos que se establezcan para llevar a cabo los traslados deberán ser comunicados a las ARS, quienes podrán tener un delegado que verifique todo el proceso. Lo anterior sin perjuicio del control que realicen las diferentes instancias de verificación ciudadana a quienes se les deberá dar participación.
4. La Entidad Territorial actualizará las bases de datos con los traslados efectuados en los términos del presente artículo y le hará entrega a la ARS a más tardar diez (10) días calendario antes de iniciarse el periodo de contratación. Sobre los afiliados actualizados se realizará el contrato y se procederá a la suscripción.
5. El traslado de los afiliados se hará efectivo en el momento en que la respectiva entidad territorial suscriba el contrato con la Administradora del Régimen Subsidiado y lo registre

presupuestalmente. La fecha del registro presupuestal debe coincidir con la fecha de suscripción del contrato.

6. La voluntad de traslado del núcleo familiar la podrá manifestar el cabeza de familia o un adulto perteneciente al núcleo.

Parágrafo 1. Durante el proceso de traslados y hasta antes de iniciarse la contratación, las entidades territoriales deberán presentar informes parciales a las ARS sobre los resultados del proceso.

Parágrafo 2. En el régimen subsidiado no se efectuarán procesos de ratificación de la afiliación, en consecuencia, si en los términos establecidos en el presente artículo, el afiliado no manifiesta expresa y personalmente su voluntad de cambiar de Administradora, permanecerá en la que ha escogido inicialmente, por otro período de contratación.

ARTICULO 23°. Libre escogencia de ARS por parte de las comunidades indígenas. Según lo establece la Ley 691 de 2001, cada comunidad indígena, por el procedimiento que ella determine, y en acta suscrita por las autoridades propias, seleccionará la Administradora del Régimen Subsidiado, a la cual deberá afiliarse o trasladarse la totalidad de los miembros de la respectiva comunidad.

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

En el evento en que un indígena individualmente considerado escoja una ARS diferente a la elegida por su comunidad no será imperativo para la ARS la prestación del Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado para los Pueblos Indígenas que haya establecido el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los plazos para escoger libremente la ARS y para efectuar los traslados serán los mismos establecidos en los artículos 21 y 22 del presente Acuerdo.

ARTICULO 24°. Obligatoriedad de la ARS de suscribir contratos cuando los beneficiarios la hayan seleccionado. Cuando una ARS se encuentre autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud y por la Entidad Territorial para operar en un municipio; si durante el proceso de afiliación o traslado es elegida libremente por un beneficiario del subsidio, tendrá la obligación de suscribir los contratos del régimen subsidiado, independientemente del número de afiliados que hayan manifestado su voluntad de afiliación o traslado.

ARTICULO 25°. Prohibición de la asignación forzosa de afiliados. Bajo ninguna circunstancia se permitirá la asignación forzosa de beneficiarios del Régimen Subsidiado a una determinada ARS, salvo las excepciones establecidas en el presente Acuerdo cuando se presente revocatoria de la autorización de la ARS o se haya decretado la caducidad del contrato.

ARTICULO 26°. Actividades de promoción de servicios y mercadeo de Administradoras del Régimen Subsidiado. Para efectos de brindar una mayor

información a la comunidad beneficiaria, las entidades administradoras seleccionadas, antes de los actos públicos de libre elección podrán realizar actividades de carácter general de divulgación y promoción de sus servicios de acuerdo con las instrucciones que para tal efecto imparta la Superintendencia Nacional de Salud, informando sobre la red de servicios disponibles y la forma de acceder a los mismos, con el fin de que el usuario escoja libremente la mejor alternativa.

Si la Administradora ofrece servicios adicionales o valores agregados a los contemplados en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado, éstos deberán mantenerse durante el tiempo que el afiliado permanezca en la Administradora, y no podrán financiarse con cargo a la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada.

Durante los actos públicos de afiliación podrá tenerse propaganda de las ARS que se encuentren autorizadas para operar en el territorio, siempre y cuando se garantice la igualdad de condiciones para todas las ARS y se incluyan los resultados del sistema de evaluación.

Parágrafo. Las autoridades y entidades públicas de los órdenes Nacional, Distrital, Departamental y Municipal, diferentes a las Administradoras del Régimen Subsidiado no podrán promover o inducir, la afiliación a una determinada Administradora del Régimen Subsidiado, sin perjuicio de la difusión de los resultados del sistema de evaluación de ARS en su territorio. En consecuencia, las Administradoras del Régimen Subsidiado no podrán tener personal, propaganda u oficinas al interior de las Gobernaciones, Entidades Territoriales Municipales o Direcciones de Salud a menos que exista igualdad de condiciones para todas las ARS que participan en la entidad territorial.

ARTICULO 27°. Deber de información de las ARS. Las Entidades Administradoras seleccionadas, deberán informar a las personas interesadas, de manera amplia, sobre los planes de beneficios que ofrece la entidad, el régimen de copagos, red de servicios, el sistema de referencia de pacientes y los mecanismos con que cuenta para garantizar una atención en salud con eficiencia, calidad y oportunidad.

ARTICULO 28°. Formulario de afiliación y traslado. El formulario de afiliación y traslado de Administradora del Régimen Subsidiado será el definido por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud. Este formulario se diligenciará complementariamente al documento en el cual se manifiesta la voluntad de traslado. Si dicho documento contiene los datos mínimos requeridos podrá obviarse el diligenciamiento del formulario de afiliación y traslado.

ARTICULO 29°. Afiliación de recién nacidos. Todo Recién Nacido hijo de afiliado (a) al Régimen Subsidiado automáticamente quedara afiliado en la ARS a la que pertenezcan sus padres. No obstante, los padres o el representante legal del menor deberán entregar a la ARS copia del Registro Civil de Nacimiento dentro de los treinta (30) días siguientes contados a partir de la fecha de nacimiento. Entre tanto se adjunta el registro civil, el recién nacido podrá acceder a los servicios de salud presentando el carné de alguno de los padres.

La Entidad Territorial reconocerá el valor de la UPC - S correspondiente desde el día de su nacimiento, una vez la ARS adjunte con el respectivo reporte de novedades, el registro civil de nacimiento.

ARTICULO 30°. Información sobre afiliados. Los entes territoriales deberán reportar la información sobre los afiliados al régimen subsidiado que determine el Ministerio de Salud de acuerdo con sus competencias establecidas en la Ley en relación con el Sistema Integral de Información en salud.

ARTICULO 31°. Pérdida de la calidad de afiliado. La calidad de afiliado al régimen subsidiado se pierde cuando se cumplen los requisitos definidos por la Ley 100 y sus decretos reglamentarios para pertenecer al Régimen Contributivo. Igualmente se perderá la calidad de afiliado, durante ese período, cuando se compruebe por parte de la entidad territorial, el uso fraudulento del carné por parte de un afiliado. La sanción en este caso se dará como mínimo por un año, pero el afiliado podrá ser afiliado nuevamente dependiendo de la disponibilidad de recursos de la Entidad Territorial para el siguiente periodo de contratación.

Las Personerías Municipales, Veedurías Comunitarias, Tribunales de Equidad, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y Asociaciones de Usuarios, evaluarán los eventos en los cuales las personas pierdan la calidad de afiliados al régimen subsidiado.

ARTÍCULO 32°.- Múltiple afiliación en la misma Administradora del Régimen Subsidiado. 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 igual manera la Entidad Territorial deberá informar del hecho a las autoridades de Vigilancia y Control en un término no superior a 5 días calendario a partir de que se haya identificado el hecho.

PARÁGRAFO. La Entidad Territorial descontará los valores entregados en exceso de los pagos futuros que realice a la ARS, sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar.

ARTÍCULO 33°.- Múltiple afiliación en diferentes Administradoras del Régimen Subsidiado. Cuando se presente múltiple afiliación en diferentes ARS se seguirán las siguientes reglas:

a) Cuando la Entidad Territorial detecte múltiples afiliaciones en diferentes Administradoras del Régimen Subsidiado, durante la ejecución de los contratos de aseguramiento, dejará vigente únicamente la afiliación que corresponda a la ARS que primero carnetizó y notificará mediante correo certificado a las demás administradoras sobre la cancelación de la afiliación. A partir del momento en que se notifique la orden de cancelación de la afiliación a la ARS, no se reconocerá UPC-S por dicha persona.

b) Cuando la Entidad Territorial detecte 2 intenciones de traslado a diferentes ARS, con anterioridad a la suscripción de los contratos de régimen subsidiado, cancelará todos los formularios y le enviará comunicación al afiliado dentro de los treinta (30) días siguientes, indicándole que su traslado no se hará efectivo por la imposibilidad de trasladarse a más de una Administradora, debiendo continuar afiliado a la ARS a la cual pertenece, durante otro periodo de contratación.

ARTÍCULO 34°.- Múltiple afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado.

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

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

b) Cuando la Entidad Territorial detecte múltiples afiliaciones a los regímenes contributivo y subsidiado, durante la ejecución de los contratos de aseguramiento, ordenará a las Administradoras del Régimen Subsidiado la cancelación de la afiliación del núcleo familiar definido en el presente Acuerdo, y a partir del momento en que se notifique esta orden a las ARS, no se reconocerá UPC-S por dichas personas.

ARTÍCULO 35°.- Responsabilidades en las situaciones de múltiple afiliación.

Las Entidades Territoriales, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Promotoras de Salud y los usuarios serán responsables por la inobservancia de las normas y procedimientos previstos en el presente Acuerdo, en relación con las obligaciones que les corresponden a cada uno de los mismos en los casos en que se detecte la múltiple afiliación.

Es obligación de las Entidades Territoriales, de las Administradoras del Régimen Subsidiado, de las Entidades Promotoras de Salud y de los usuarios informar a la Superintendencia Nacional de Salud, la ocurrencia de cualquier circunstancia que pueda ser considerada como múltiple afiliación. Del mismo modo, las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud y ARS deberán reportar a la Superintendencia Nacional de Salud los resultados de las revisiones a las respectivas bases de datos de afiliados que bajo su responsabilidad deben mantener y en las cuales se hayan detectado múltiples afiliaciones.

La Superintendencia Nacional de Salud, adelantará las investigaciones correspondientes con miras a determinar eventuales responsabilidades de las Entidades Territoriales por no efectuar el correspondiente cruce de las bases de datos de su jurisdicción, de las ARS por acciones que promuevan la múltiple afiliación, o de los usuarios por el suministro de información falsa.

Es responsabilidad de los municipios y distritos, la identificación de la población beneficiaria al régimen subsidiado y en consecuencia dichas Entidades Territoriales responderán por las inconsistencias que se presenten en la información suministrada en la base de datos de potenciales beneficiarios a las ARS y que originen duplicidades en la afiliación.

Es responsabilidad de las Entidades Territoriales, efectuar las verificaciones que resulten indispensables para que bajo ninguna circunstancia, se presenten múltiples afiliaciones al régimen subsidiado en su respectiva jurisdicción. En caso de presentarse esta situación, la Entidad Territorial responderá por la omisión en el cumplimiento de sus funciones.

Las EPS serán responsables de la información remitida a las Entidades Territoriales en relación con sus afiliados al régimen contributivo. De manera especial, responderán por las circunstancias en que reporten personas como afiliadas y compensadas sin que en realidad lo

sean, casos en los cuales la EPS correspondiente responderá, hasta finalizar el período de contratación del régimen subsidiado correspondiente, por la prestación de servicios de salud del afiliado que perdió su calidad de tal al régimen subsidiado, como consecuencia de la información errónea suministrada por la EPS, sin perjuicio de las demás sanciones a que haya lugar, o de la obligatoriedad de reintegrar las Unidades de Pago por Capitación recibidas en forma indebida en el régimen contributivo.

Para todos los efectos previstos en este Acuerdo y especialmente en materia de responsabilidades, la información contenida en las bases de datos de que trata la Resolución 2390 de 1.998 y demás normas que la adicionen, complementen o modifiquen, que suministren las EPS a las Entidades Territoriales en relación con la afiliación al régimen contributivo, se entenderá como certificación de la afiliación efectiva de las personas reportadas.

ARTICULO 36°. Suspensión de la afiliación al régimen subsidiado. Cuando la afiliación al régimen contributivo se realice con posterioridad a la afiliación de la persona al régimen subsidiado, la Entidad Territorial podrá optar por la no cancelación inmediata de la afiliación al régimen subsidiado y en su defecto, suspender esta afiliación por un término no mayor a seis meses para efectos de que las personas que logren temporalmente su afiliación al régimen contributivo puedan reingresar al régimen subsidiado, una vez cesen las condiciones que los vinculan al primero de los regímenes señalados. Si transcurridos los seis meses la persona continúa afiliada al régimen contributivo, se cancelará su afiliación al régimen subsidiado.

Durante el tiempo de la suspensión de la afiliación no se reconocerá la UPC-S a la ARS, a partir de la fecha de la notificación de la Entidad Territorial, ni se podrá reemplazar el cupo.

Cuando la Entidad Territorial opte por el procedimiento señalado en este artículo, deberá indicar tal procedimiento a los afiliados que se encuentren en esta situación, con el fin de que puedan ejercer sus derechos. Igualmente, informará a las ARS sobre los afiliados a los cuales les suspenderá la afiliación y la fecha a partir de la cual se suspende la misma.

ARTICULO 37°. Aseguramiento de la población que se traslada de municipio de residencia. Cuando una persona afiliada al régimen subsidiado, fije su residencia en un municipio diferente al que se afilió al régimen subsidiado, e informe de este hecho a la ARS a la que pertenece, tendrá derecho a recibir servicios de salud por parte de la red pública del municipio al que se traslada, con cargo a los recursos de la ARS, a las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 o las normas que lo adicionen o modifiquen, hasta que se venza el período de contratación respectivo.

Para efectos de que la persona continúe siendo beneficiaria del régimen subsidiado, deberá presentar su carné de afiliación al ente territorial al que llega, con el fin de que sea tenido en cuenta en forma prioritaria para las siguientes ampliaciones de cobertura de ese municipio.

Parágrafo 1. Cuando ocurra el traslado de municipio con el núcleo familiar se seguirá el mismo procedimiento descrito en este artículo para los miembros del núcleo familiar.

Parágrafo 2. Para el caso de la población desmovilizada, la Secretaría Especial para la Reinserción de la Red de Solidaridad Social o la entidad que haga sus veces, informará a la

Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud la nueva ubicación de los afiliados, con el fin de efectuar la redistribución de los recursos correspondientes, para el siguiente periodo de contratación.

CAPITULO V

Contratos de régimen subsidiado

ARTICULO 38°. Contratos de aseguramiento. Los contratos del régimen subsidiado se suscribirán entre el municipio o distrito y la ARS. Una vez la Alcaldía o la Dirección Territorial de Salud verifique el listado de afiliados, se procederá a suscribir los respectivos contratos de administración de subsidios.

Estos contratos se registrarán por el derecho privado y deberán incluir como mínimo la información que determine el Ministerio de Salud. Podrán; incluirse cláusulas exorbitantes y exigirse pólizas de cumplimiento, pactar multas y cláusula penal pecuniaria y deberán reconocerse intereses conforme a las normas que regulen la materia.

El principio constitucional de la publicidad de los actos y contratos públicos se entenderá surtido con el proceso de publicación de los listados de potenciales beneficiarios y de afiliados al régimen subsidiado. En consecuencia no será necesaria la publicación de los contratos del régimen subsidiado.

ARTICULO 39°. Suscripción de contratos de aseguramiento por parte del departamento. Cuando se afilie a la población beneficiaria del régimen subsidiado de los corregimientos departamentales de los nuevos departamentos, los contratos de aseguramiento serán suscritos entre el departamento y la ARS.

ARTICULO 40°. Período de contratación. Los contratos del régimen subsidiado se celebrarán por un año en dos periodos que comprenderán del primero (1°) de abril al treinta y uno (31) de marzo y del primero (1°) de octubre al treinta (30) de septiembre del siguiente año.

PARAGRAFO: Los contratos que celebren las Cajas de Compensación Familiar con los recursos que estas administran directamente, tendrán como período de contratación el comprendido entre el primero (1°) de abril y el treinta y uno (31) de marzo del siguiente año.

ARTICULO 41°. Perfeccionamiento de los contratos. Los contratos de régimen subsidiado se perfeccionan con la firma de las partes y el correspondiente registro presupuestal.

ARTICULO 42° Periodos excepcionales de contratación. Cuando se presenten circunstancias excepcionales debidamente comprobadas, tales como terminación unilateral de los contratos, creación de municipios, nulidad de los contratos, situaciones de orden público, desplazamiento masivo de población, dificultades en los procesos de identificación y afiliación e inoportunidad en la incorporación presupuestal de los recursos, las entidades territoriales podrán suscribir contratos de Régimen Subsidiado por menor tiempo al definido en el artículo 40 del presente Acuerdo.

Para estos efectos la Entidad Territorial a través del Alcalde o Secretario de Salud deberá presentar al Ministerio de Salud - Dirección General de Aseguramiento, solicitud escrita por parte de las entidades territoriales contratantes en donde se sustenten los hechos por los cuáles la contratación no puede ceñirse a los parámetros de duración definidos de forma general. El Ministerio de Salud previa evaluación de la solicitud, mediante Acto Administrativo autorizará o negará tal solicitud e informará al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los recursos destinados al subsidio a la demanda, que como consecuencia de la aplicación del procedimiento excepcional de contratación dejaren de comprometerse, no se podrán utilizar para ampliar la cobertura del Régimen Subsidiado en la correspondiente vigencia. En los casos en los que por efecto de la autorización de un periodo de contratación excepcional se suspenda la afiliación de las personas, la atención en salud de las mismas se financiará con los recursos de la Entidad Territorial para atender a la población vinculada.

La finalización de los periodos excepcionales de contratación autorizados en virtud de lo establecido en el presente artículo, deberán coincidir con la fecha establecida en el artículo 40 para el periodo que corresponda. Una vez finalizado el periodo excepcional, se igualaran a los establecidos en el artículo antes mencionado.

PARAGRAFO: La aceptación de la suscripción de contratos por menor tiempo al establecido de forma general, se realizará sin perjuicio de las responsabilidades que puedan recaer sobre las entidades territoriales o las ARS, en relación con los hechos que dieron origen a la circunstancia correspondiente.

ARTICULO 43°. Procedimientos aplicables por revocatoria de la autorización a las Administradoras del Régimen Subsidiado. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud o los Departamentos o Distritos revoquen la autorización de una ARS y el Acto Administrativo correspondiente se encuentre ejecutoriado, las Entidades Territoriales les garantizarán la continuidad en el aseguramiento de los afiliados, de conformidad con el siguiente procedimiento:

1. Las Entidades Territoriales o las direcciones locales de salud determinarán el número de afiliados que queden sin ARS, como consecuencia de la revocatoria de autorización.
2. Determinado el número de afiliados, las Entidades Territoriales o direcciones locales de salud, asignarán los afiliados a las ARS de acuerdo con los resultados del Sistema de Evaluación de las ARS conforme las siguientes reglas:

Si el municipio o distrito tiene más de 5 ARS autorizadas en su territorio asignará el 70% de los afiliados a la ARS ubicada en primer lugar y el 30% a la ARS ubicada en segundo lugar.

Si el municipio o distrito tiene menos de 5 ARS autorizadas en su territorio asignará el 100% de los afiliados a la ARS ubicada en primer lugar.

3. Dentro de los 2 días siguientes a la ejecutoria del acto administrativo de revocatoria, las alcaldías o las direcciones de salud, informarán a los afiliados asignados a las ARS que les garantizarán la continuidad en el aseguramiento, utilizando para el efecto los diferentes

medios masivos de comunicación disponibles en el municipio, y en todo caso fijando los listados correspondientes en un lugar de fácil acceso para los afiliados.

4 Los contratos se realizarán por el tiempo que falte para completar el periodo de contratación correspondiente.

5. Los afiliados asignados, conforme a este procedimiento, podrán ejercer su derecho de libre elección de ARS, a partir del siguiente periodo de contratación dentro de los plazos previstos en el presente Acuerdo.

6. En este caso los afiliados deberán ser recarnetizados por la ARS a la que se trasladan según lo establece el presente Acuerdo.

ARTICULO 44°. Caducidad del contrato. Cuando se declare la caducidad de los contratos del régimen subsidiado y el acto administrativo respectivo se encuentre en firme; con el fin de garantizar la atención de la población afiliada a elección del Alcalde o Secretario de Salud, se aplicará el procedimiento descrito en el artículo precedente

Cuando se presente inhabilidades sobrevinientes para la contratación se, aplicará el mismo procedimiento descrito en el artículo 43.

ARTICULO 45°. Cesión de afiliados en el régimen subsidiado. En el régimen subsidiado no podrá presentarse la cesión de afiliaciones en ningún caso

ARTICULO 46°. Reporte de contratos al Ministerio de Salud. Los distritos, y los departamentos en ejercicio de la función consagrada en el artículo 43.1.3 de la ley 715 de 2001 radicarán los contratos del régimen subsidiado suscritos entre los municipios y las Administradoras del Régimen Subsidiado o las renovaciones de los ya existentes, a más tardar treinta (30) días calendario después de haberse suscrito, en las fechas que establezca la Dirección General de Aseguramiento del Ministerio de Salud para cada Entidad Territorial. Para estos efectos, una vez suscritos, el municipio deberá hacer entrega de los mismos al departamento junto con todos los soportes requeridos incluyendo las respectivas bases de datos de afiliados.

En los términos establecidos en el artículo 43 de la Ley 715, el departamento deberá asesorar a los municipios de su jurisdicción en todos los procesos relacionados con la contratación del régimen subsidiado.

Igualmente, con el fin de poder determinar la cobertura de afiliación de cada municipio y en consecuencia establecer las políticas de cofinanciación de los recursos para subsidios a la demanda del Fondo de Solidaridad y Garantía, en cada vigencia; los entes territoriales deberán reportar a la Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud la suscripción de todo contrato del Régimen Subsidiado, cualquiera que sea la fuente de financiación del mismo, incluyendo los contratos que se suscriban con las Cajas de Compensación Familiar para la administración de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

ARTICULO 47°. Contratos de prestación de servicios de salud. Para garantizar la prestación de los servicios de salud la ARS deberá contratar con la red prestadora de servicios de salud en los términos establecidos en el artículo 51 de la Ley 715 de 2001.

Sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en la ley, las entidades territoriales al celebrar los contratos de régimen subsidiado, respetarán la libertad que tienen las Administradoras del Régimen Subsidiado para seleccionar los prestadores públicos con los cuales deban celebrar contrato de prestación de servicios de salud.

ARTICULO 48°. Prohibición de trasladar las responsabilidades del aseguramiento.

Las responsabilidades del aseguramiento de la población afiliada le corresponden de manera indelegable a la ARS y en consecuencia no podrán estas entidades transferir sus responsabilidades a terceros de tal manera que no podrán suscribirse contratos que impliquen el traslado de las obligaciones propias del aseguramiento.

ARTICULO 49°. Prohibición de trasladar el riesgo financiero. De acuerdo con lo establecido en el artículo anterior, se prohíbe a las ARS trasladar el riesgo financiero a las IPS mediante contratos de capitación, salvo en el primer nivel de atención ambulatoria.

ARTICULO 50° Prohibición de subcontratar servicios. Con el fin de garantizar el acceso directo al prestador de los servicios de salud de su población afiliada, las ARS deberán contratar la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS-S con la red pública y/o privada que efectivamente preste los servicios de salud, sin que exista otro intermediario.

Se exceptúa de esta disposición los eventos en los cuales las IPS que prestan los servicios deban subcontratar alguno o algunas actividades específicas con el fin de completar su portafolio de servicios, pero en todo caso tales actividades no podrán representar un porcentaje superior al 30% del valor total de la contratación, salvo que se trate de servicios ofrecidos al interior de una misma institución.

CAPITULO VI.

Ejecución y seguimiento de contratos del régimen subsidiado

ARTICULO 51°. Ejecución de contratos. Las administradoras del Régimen Subsidiado deberán responder por el aseguramiento en salud de la población afiliada, a partir de la suscripción y registro presupuestal del respectivo contrato. En consecuencia los pagos se efectuarán a partir de dicha fecha.

Las ARS presentarán ante la Dirección de Salud de la respectiva entidad territorial la relación de los contratos de prestación de servicios de salud vigentes que acrediten la existencia de la red cada vez que la Dirección lo solicite. Igualmente deberán actualizar permanentemente todo cambio que se presente en la red de servicios disponible, con el fin de que la Entidad Territorial pueda verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 51 de la Ley 715

Parágrafo. Las ARS presentarán bimestralmente ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante la Dirección Local de Salud el estado de cartera frente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a proveedores, así como lo que le adeuda la respectiva entidad territorial por concepto de los contratos de aseguramiento vigentes. Con la misma periodicidad, los entes territoriales informarán al Departamento respectivo, al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud sobre los recursos del régimen subsidiado pagados y por pagar a las ARS contratadas.

ARTICULO 52°. *Garantía del acceso a los servicios de salud.*- Dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción de los contratos de aseguramiento, las Administradoras del Régimen Subsidiado entregarán a la red prestadora los listados o bases de datos de los afiliados por los cuales se suscribieron los contratos.

Los listados de afiliados deberán actualizarse de acuerdo con las novedades que se entregarán en las mismas fechas en que se entregue el reporte de novedades a la Entidad Territorial.

Para la atención en salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, exigirán a los afiliados al régimen subsidiado la presentación del carnet y/o verificarán con el documento de identidad la condición de beneficiario en la base de datos o listados entregados por la ARS.

Parágrafo. Las Administradoras deberán garantizar a los afiliados, la agilidad y oportunidad en el acceso efectivo a los servicios, independientemente del nivel de atención y no podrán implantar mecanismos que limiten o dificulten el acceso a la prestación de los servicios básicos.

ARTICULO 53°. *Carnetización de los afiliados al régimen subsidiado.* Toda la población afiliada al régimen subsidiado deberá identificarse mediante el carné que expida la respectiva Administradora del Régimen Subsidiado y entregue de manera indelegable y deberá hacer explícita su vigencia y las circunstancias en que pierde su validez y contener como mínimo la información definida por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud.

Los carnés se expedirán con una vigencia de un (1) año, y tendrán validez mientras los afiliados cumplan las condiciones de beneficiarios del subsidio, de conformidad con las normas vigentes, y permanezcan en la misma Administradora del Régimen Subsidiado.

En cada período de contratación, las Administradoras carnetizarán a los nuevos afiliados o a los que se trasladan, a más tardar dentro de los treinta (30) días calendario después de haberse suscrito el contrato. Para los afiliados que no se trasladen, el carné se mantendrá vigente para el siguiente periodo de contratación. Durante los primeros treinta (30) días de ejecución del contrato se reconocerá por el criterio de carnetización la totalidad de las UPC-S correspondientes al número de afiliados contratados siempre y cuando se haya garantizado la prestación de servicios.

Una vez vencido el plazo anterior, (1 mes) el reconocimiento de las UPC por cada uno de los afiliados a la ARS sólo se efectuará a partir del momento en que la entidad haya realizado la carnetización, sin perjuicio de que la persona reciba los servicios que requiera desde el momento de suscripción del contrato. Si transcurridos cuatro (4) meses de la ejecución del contrato de aseguramiento, la ARS no ha podido ubicar al beneficiario para hacer entrega del carnet, se procederá a iniciar inmediatamente el proceso para excluir a los afiliados no carnetizados de la base de datos de afiliados. Para estos fines la ARS, una vez vencido este plazo para carnetizar, presentará a la Entidad Territorial el listado de las personas que no pudieron ser carnetizadas; la Entidad Territorial mediante acto administrativo que se notificará en los términos del Código Contencioso Administrativo excluirá a los afiliados no carnetizados, una vez dichos Actos Administrativos se encuentren debidamente ejecutoriados.

Durante el tiempo que transcurra entre la expedición del Acto Administrativo y su ejecutoria, las personas objeto de exclusión mantendrán su condición de afiliados y en caso de ser necesario su atención en salud se dará según lo dispuesto en este Acuerdo. Los contratos de capitación con la red prestadora de servicios de salud que haya suscrito la ARS deberán ajustarse a los afiliados carnetizados

Las entidades territoriales descontarán desde el inicio del contrato las UPC-S correspondientes a los afiliados que transcurridos cuatro (4) meses de ejecución del contrato no pudieron ser carnetizados.

Parágrafo 1. La población que se excluya de la base de datos de una ARS en virtud de lo establecido en el presente artículo continuará siendo atendida con cargo a los recursos de subsidios a la oferta de la Entidad Territorial respectiva.

Parágrafo 2. El proceso de carnetización de la ARS deberá ser revisada periódicamente por la interventoría del contrato.

ARTICULO 54°. Reemplazos de beneficiarios contratados. Durante la ejecución de un contrato, la Entidad Territorial podrá reemplazar los afiliados inicialmente contratados o los que se encuentren en la base de datos en las siguientes circunstancias:

1. Por el fallecimiento del beneficiario.
2. Por perder la persona la calidad de beneficiario del régimen subsidiado.
3. Cuando se elimina de la base de datos en aplicación del artículos 32,33 y 34 por efecto de la existencia de afiliación múltiple a los regímenes subsidiado o contributivo o regímenes especiales.
4. Cuando se liberen cupos por efecto de no carnetización de afiliados, después de ejecutoriados los correspondientes actos administrativos.

Los cupos liberados serán reemplazados en primera instancia por los recién nacidos de afiliados al régimen subsidiado, en segunda instancia por los potenciales beneficiarios priorizados de acuerdo con lo establecido en el presente Acuerdo y/o los núcleos familiares de los afiliados con el fin de completar los núcleos.

ARTICULO 55°. Reporte de novedades. Las ARS, deberán presentar bimestralmente un reporte de novedades a las Direcciones Distritales, Locales o Seccionales de Salud, donde conste el comportamiento de los afiliados a la respectiva Administradora, en virtud de los contratos suscritos con las entidades territoriales.

El reporte de novedades deberá contener como mínimo las novedades de ingresos originados en la carnetización, reemplazos de afiliados, nacimientos y los eventos de egresos tales como muertos, personas que hayan perdido su calidad de afiliado al régimen subsidiado, retiro de la base de datos por afiliación múltiple o por no carnetización.

Parágrafo. El pago a las Administradoras, se efectuará de conformidad con la información presentada en el reporte de novedades.

ARTICULO 56°. *Interventoría y supervisión de contratos.* Es obligación de las entidades territoriales supervisar el cabal cumplimiento de las obligaciones a cargo de las Administradoras. Para este propósito se deberá establecer una interventoría interna o externa y remitir el resultado de los informes de esta interventoría a los Departamentos, y a la Superintendencia Nacional de Salud cuando estos sean requeridos.

La interventoría de los contratos del régimen subsidiado deberá realizarse sobre el cumplimiento del objeto y las obligaciones contractuales.

ARTICULO 57°. *Liquidación de contratos del régimen subsidiado.* Todos los contratos del régimen subsidiado, incluidos los que se celebren con cargo a los recursos del artículo 217 de la Ley 100 que administran directamente las Cajas de Compensación Familiar, deberán liquidarse dentro de los cuatro meses siguientes a su finalización. Para este fin deberán tenerse en cuenta, el periodo de contratación, el número de afiliados realmente carnetizados, el valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada y las normas vigentes durante la ejecución del contrato.

CAPITULO VII

Recursos del régimen subsidiado

ARTICULO 58°. *Sostenibilidad de afiliaciones con recursos de esfuerzo propio.* Las entidades territoriales deben garantizar que mantendrán el nivel de afiliaciones logradas al régimen subsidiado, con aquellos recursos propios de sus respectivos presupuestos, adicionales a los asignados por ley que se destinan a subsidios a la demanda, por un tiempo mínimo de 5 años.

En consecuencia, es responsabilidad exclusiva de cada entidad territorial mantener la continuidad de los afiliados logrados con esfuerzo propio y estos no podrán ser financiados por los recursos del sistema general de participaciones asignados para subsidios a la demanda ni con recursos del FOSYGA. El Ministerio de Salud, verificará el compromiso de los recursos de esfuerzo propio que correspondan en cada periodo de contratación.

ARTICULO 59°. *Manejo de los rendimientos de los recursos de cofinanciación.* Los rendimientos financieros de los Fondos Locales de Salud, que generen los recursos destinados para el subsidio a la demanda, se destinarán en primera instancia, para cubrir el aumento de la UPC-S de un año a otro y los nacimientos en caso de ser necesario. Una vez cubierto el aumento de la UPC-S y la financiación de la afiliación de los nacimientos, se podrán destinar para ampliación de cobertura.

ARTICULO 60°. *Subsidios parciales.* Las Entidades Territoriales podrán ampliar la cobertura del régimen subsidiado con recursos de esfuerzo propio, a través de la asignación de subsidios parciales para las personas identificadas en los niveles 3 y 4 del SISBEN.

Las entidades territoriales, previo concepto favorable de la Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud, podrán desarrollar, en una primera fase que no se extenderá más allá de tres años a partir de la aprobación del presente Acuerdo, su propio esquema de subsidios

parciales en cuanto al monto a subsidiar, servicios incluidos, mecanismos operativos para el recaudo de los aportes de las personas y demás aspectos administrativos.

Vencidos los tres años iniciales, el CNSSS, con base en las experiencias de las diferentes entidades territoriales, definirá el esquema de subsidios parciales para todo el país.

ARTÍCULO 61°. Constitución de Provisiones por parte de las ARS. Todas las ARS deberán constituir provisiones para futuras contingencias. Con este propósito, al finalizar cada ejercicio anual, las ARS deberán constituir una provisión a favor del Sistema por el valor correspondiente a los recursos que resulten de descontar al 85% del valor total de las UPC-S que ingresaron efectivamente a las ARS por la totalidad de sus contratos de aseguramiento suscritos durante el año, discriminando por Entidad Territorial, los gastos causados en prestación de servicios de salud del POS-S y el valor proporcional de la póliza para enfermedades de alto costo que corresponda al ejercicio.

Los recursos de esta provisión deberán invertirse en el mercado financiero, en papeles que cumplan con los principios generales para la constitución del portafolio público, de seguridad, liquidez y rentabilidad; registrarse en la contabilidad de las ARS y reflejarse en sus estados financieros, de conformidad con las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud. Dichos recursos sólo podrán utilizarse para gastos en salud del POS-S, cuando se requiera.

ARTÍCULO 62°. Financiación de la afiliación de la población desmovilizada. De acuerdo con la disponibilidad de recursos, la financiación de la afiliación de la población desmovilizada se realizará en un 100% con recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.

ARTICULO 63°. Utilización anual de los saldos por recursos del Fosyga no ejecutados ni comprometidos. El CNSSS determinará anualmente con base en los estudios de sostenibilidad que realice el Ministerio de Salud, los criterios y las condiciones en que se comprometerán los recursos del Fosyga no ejecutados ni comprometidos en cada periodo.

Una vez liquidados los contratos del régimen subsidiado, la Entidad Territorial reportará al Ministerio de Salud- Dirección General de Aseguramiento, sobre los recursos del contrato no ejecutados y los rendimientos financieros que se hayan generado por el manejo de estos recursos. Los saldos de recursos no ejecutados ni comprometidos que correspondan al Fosyga, junto con los respectivos rendimientos financieros, serán presupuestados para la siguiente vigencia y utilizados de conformidad con los lineamientos que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 64°.- Utilización de los Recursos de transferencias Constitucionales. Los recursos territoriales provenientes de transferencias de la nación con destinación específica a subsidios a la demanda, no ejecutados o no comprometidos de vigencias anteriores al 2001, se destinaran para el mismo fin, prioritariamente para ampliación de cobertura. La capacidad de afiliación en el primer año con cargo a la totalidad de estos recursos, se estimara garantizando la sostenibilidad de la afiliación por 3 años y teniendo en cuenta los incrementos de la UPC-S en cada vigencia.

A partir del año 2002, los saldos de recursos territoriales que resulten del proceso de liquidación de los contratos del régimen subsidiado y los recursos no comprometidos, se destinarán prioritariamente para garantizar la sostenibilidad futura de las afiliaciones logradas en virtud de lo establecido en el inciso anterior y para ampliar la cobertura siempre y cuando se garantice la sostenibilidad de las afiliaciones.

ARTICULO 65°. Informe al departamento sobre el flujo de recursos. De acuerdo con lo establecido en el artículo 44.1.2 de la Ley 715, todos los municipios remitirán semestralmente el informe sobre la ejecución de recursos del régimen subsidiado en el formato que determine para tal efecto la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPITULO VIII

Administración de Recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100.

ARTICULO 66°. Financiación de traslados de afiliados financiados con recursos que administran las Cajas de Compensación Familiar. El Balance Anual de las Cajas de Compensación Familiar, de que trata el Decreto 783 de 2000, se hará por el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de cada año. Con los recursos de cada vigencia se financiarán los contratos del periodo comprendido entre el primero (1°) de Abril y el 31 de Marzo del siguiente año.

Para estos efectos las Cajas de Compensación Familiar al realizar el balance anual el 31 de Diciembre de cada año, reservarán los recursos necesarios para garantizar la afiliación durante los meses de enero febrero y marzo del respectivo periodo de contratación.

El manejo financiero del traslado de afiliados que se realice en virtud del principio de la libre escogencia, se hará conforme al siguiente procedimiento:

- a) Vencido el período para efectuar los traslados a 31 de Diciembre, las entidades territoriales efectuarán un cruce de traslados con los afiliados de las Cajas de Compensación Familiar que se trasladen a otras ARS´s y los afiliados de las demás ARS´s que se trasladen a las Cajas de Compensación Familiar. Una vez realizado el mencionado cruce, la entidad territorial establecerá si existen o no mayores retiros de afiliados de las Cajas de Compensación Familiar.
- b) Para el siguiente período de contratación, el ente territorial realizará los contratos con las diferentes ARS´s de acuerdo con el resultado de los traslados efectuados al finalizar el anterior período de contratación.
- c) Si el valor del mencionado cruce de traslados arroja como resultado un número mayor de afiliados retirados de las Cajas de Compensación Familiar, que ingresos de afiliados a las mismas, estas entidades apropiarán el valor de las Unidades de Pago por Capitalización Subsidiada de su población afiliada, y el saldo lo girarán al FOSYGA, dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento de cada trimestre.

En el caso previsto en el presente literal el FOSYGA-Subcuenta de Solidaridad financiará, con cargo a tales recursos, el valor de los mayores retiros de afiliados de las Cajas de Compensación Familiar a otras ARS's, distribuyendo a las respectivas entidades territoriales los recursos correspondientes. Si estos no fueren suficientes el FOSYGA-Subcuenta de Solidaridad asignará los recursos necesarios para garantizar la continuidad de la población que se traslada a otras ARS's. Para este propósito 60 días antes de iniciar el periodo de contratación correspondiente las Entidades Territoriales reportarán al Ministerio de Salud-Dirección General de Aseguramiento el comportamiento de los traslados en las Cajas de Compensación Familiar en el formato que determine el Ministerio de Salud para estos fines.

PARAGRAFO.- Las Cajas de Compensación Familiar sólo podrán realizar ampliaciones de cobertura con recursos que las mismas administran directamente, en el evento en que conforme a su programación presupuestal se prevea mayores ingresos de los necesarios para garantizar la continuidad de su población afiliada y de los necesarios para garantizar la continuidad del mayor número de afiliados que se trasladaron de estas a otras ARS.

ARTÍCULO 67º- Giro de los excedentes de las Cajas de Compensación Familiar al FOSYGA. Cuando una Caja de Compensación Familiar no obtenga autorización territorial para administrar subsidios, la pérdida, no reúnan los requisitos exigidos por el Decreto 1804 de 1999, o no se asocie para dar cumplimiento a éstos, deberá girar, además de los recursos de cada vigencia, los excedentes de vigencias anteriores de los recursos que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.

ARTÍCULO 68º- Calculo para determinar el número de afiliados con cargo a los recursos del artículo 217 de la Ley 100 de 1993. El número de beneficiarios que las Cajas de Compensación Familiar están en capacidad de afiliar en cada vigencia, se estimará 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 de la misma para la siguiente vigencia, hasta concluir el período de contratación correspondiente. Con estos recursos se financiarán los contratos, independientemente que su ejecución comprenda dos vigencias.

ARTÍCULO 69º- Giro del FOSYGA a las Cajas de Compensación Familiar deficitarias. Las Cajas de Compensación Familiar que una vez presentado el balance en los términos establecidos en el Decreto 783 de 2000 y demás normas complementarias, presenten déficit, les serán girados los recursos correspondientes previa autorización del CNSSS.

ARTÍCULO 70º. Utilización de los recursos del artículo 217 no ejecutados en vigencias anteriores. Los recursos del artículo 217 de la Ley 100 administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar se destinarán a la ampliación de cobertura de los miembros del núcleo familiar de las madres comunitarias y los niños menores de 6 años abandonados a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Para estos efectos, una vez identificada la población prioritaria de acuerdo con lo establecido en el presente Acuerdo, el ICBF enviará el listado de los beneficiarios, a las Entidades Territoriales respectivas, durante los primeros 10 días calendario del mes de febrero de cada año para su inclusión dentro de los listados de priorización de potenciales beneficiarios del

Régimen Subsidiado de la respectiva Entidad Territorial que se afiliarán en el periodo de contratación siguiente.

PARAGRAFO 1.- No serán beneficiarios del Régimen Subsidiado los miembros pertenecientes al núcleo familiar de las Madres Comunitarias, que posean relación de trabajo, o quienes perciban ingresos suficientes para afiliarse al Régimen Contributivo, Quienes tengan la calidad de beneficiarios del Régimen Contributivo por cobertura familiar.

PARÁGRAFO 2.- Los núcleos familiares de madres comunitarias que fallezcan, que no tengan capacidad de pago, mantendrán su afiliación al Régimen Subsidiado, no obstante la desaparición de la madre afiliada al Régimen Contributivo, mientras no presente ninguna de las características señaladas anteriormente.

PARAGRAFO 3.- Si por cualquier circunstancia se modifican las variables contempladas para la determinación de la condición de beneficiario, el ICBF determinará su inclusión o exclusión del Régimen Subsidiado. Esta información será remitida a las Entidades Territoriales cada seis meses como novedades y proceder a realizar los ajustes a que haya lugar.

ARTICULO 71°. Calculo de la capacidad de afiliación con cargo a los recursos excedentes del artículo 217 de la Ley 100. Las Cajas de Compensación Familiar que dispongan de tales recursos realizarán el cálculo de las afiliaciones a financiar teniendo en cuenta su sostenibilidad por 3 periodos de contratación y efectuando una estimación del incremento de la UPC-S para cada vigencia, de Acuerdo con las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud.

Cuando existan potenciales beneficiarios en las Entidades Territoriales en las cuales no existan recursos disponibles en las Cajas de Compensación Familiar, los núcleos familiares de las madres comunitarias, podrán ser prioritarios para efectuar los reemplazos de que trata el artículo 54 del presente Acuerdo, y su afiliación estará condicionada a la liberación de cupos en las respectivas ARS.

ARTICULO 72°. Ampliación de cobertura con cargo a los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 que administran directamente las Cajas de Compensación Familiar. La ampliación de cobertura con cargo a estos recursos deberá someterse a las políticas de ampliación de cobertura que determine el Gobierno Nacional. En consecuencia cuando una Caja de Compensación Familiar una vez financiada la cobertura existente con cargo a estos recursos incluidos los retiros, tenga capacidad para ampliar cobertura con cargo a los recursos del artículo 217 de la Ley 100, deberá remitir al Ministerio de Salud-Dirección de Aseguramiento 60 días antes del inicio del periodo de contratación la solicitud de ampliación de cobertura junto con los municipios que pertenecen al área de su influencia. El Ministerio de Salud teniendo en cuenta los niveles de coberturas de cada Entidad determinará el número de cupos para ampliar cobertura con cargo a estos recursos en cada municipio, distribuyéndolos proporcionalmente al número de personas no aseguradas en cada municipio, teniendo como parámetro para este fin la población con necesidades básicas insatisfechas.

ARTICULO 73°. Nueva autorización para una Caja de Compensación Familiar. Cuando a una Caja de Compensación Familiar a la que le hubiera sido revocada la autorización sea autorizada nuevamente para operar el régimen subsidiado, la capacidad de afiliación con cargo a los recursos del artículo 217 de la Ley 100, será la resultante de

descontar a los recursos que deban destinarse al régimen subsidiado, los que se requieran para financiar los afiliados que tenía en el momento de la revocatoria de la autorización.

CAPITULO IX

Regimen de copagos y cuotas moderadoras

ARTICULO 74°. Cobro de cuotas moderadoras. No se cobrarán cuotas moderadoras a los afiliados al régimen subsidiado.

ARTICULO 75° . Cobro de copagos. Solo se podrán cobrar copagos a las siguientes actividades:

Estancia hospitalaria y procedimientos quirúrgicos en los eventos contemplados en el POS-S, salvo en los casos definidos como atención a enfermedades de alto costo, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo No. 72 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y las normas que lo adicionen o modifiquen.

ARTICULO 76. Prohibición para el cobro de copagos. Se prohíbe el cobro copagos a la madre gestante y al niño menor de un año. Igualmente no se cobrarán copagos para los casos de indigencia debidamente verificada y para las comunidades indígenas.

ARTICULO 77. Principios para la aplicación de copagos. En la aplicación de los copagos deberán respetarse los siguientes principios básicos:

Equidad. El cobro de copagos, en ningún caso puede 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.

Información General. Las Administradoras del Régimen Subsidiado, deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad.

Aplicación General. Los copagos pertenecen a las Administradoras del Régimen Subsidiado, quienes lo aplicarán sin discriminación alguna de conformidad con el presente Acuerdo.

ARTICULO 78°.- Aplicación de copagos según el nivel de SISBEN. Los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud descritos en el artículo 39 del presente Acuerdo, según los niveles o categorías fijadas por el SISBEN de la siguiente manera:

Para la población identificada en niveles 1 y 2 del SISBEN y para la población beneficiaria que fue identificada mediante el listado censal, el copago máximo que se podrá cobrar será del 5% del valor total de los servicios prestados, según las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1.996 o las normas que lo adicionen o modifiquen. En ningún caso el cobro por un mismo evento podrá exceder de una sexta parte del salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo que se podrá cobrar en un año calendario será de una tercera parte de un salario mínimo legal mensual vigente.

PARAGRAFO. 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.

CAPITULO X

Otras disposiciones

ARTICULO 79°. *Atención en salud para la población desplazada por la violencia.* La población desplazada por la violencia que se encuentra afiliada al régimen subsidiado deberá ser atendida según los contenidos del POS-S, con cargo a los recursos que la respectiva Administradora recibe por la afiliación de estas personas, en el lugar donde se hayan desplazado.

En caso de que no exista contrato de prestación de servicios entre la ARS y la IPS que atienda a la población desplazada por la violencia, la ARS reconocerá el valor de los servicios según las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 o las normas que lo adicionen o modifiquen.

ARTICULO 80°. *Ampliación de beneficios y de beneficiarios del Régimen Subsidiado.* Una vez se haya logrado en un municipio el aseguramiento de la totalidad de los beneficiarios identificados mediante el Sisben en los niveles 1 y 2, y si los recursos que por ley deben destinarse a subsidios a la demanda lo permiten, sin utilizar los recursos del Fosyga, la Entidad Territorial podrá desarrollar las siguientes alternativas, previa recomendación del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud:

Ampliación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado incluyendo a los identificados como nivel 3 por el Sisben, en estricto orden del puntaje de menor a mayor.

Ampliación de los contenidos del POS-S que le igualen o lo aproximen a lo definido para el POS del Régimen Contributivo, con el respectivo ajuste del valor del Subsidio.

Ampliación de cobertura con subsidios parciales de acuerdo con lo establecido en el presente Acuerdo.

ARTICULO 81°. *Capacitación a las Entidades Territoriales.* El Ministerio de Salud a través de los departamentos, capacitará y/o asesorará a las Entidades Territoriales sobre todos los procesos que deben surtir para ejecutar los recursos del régimen subsidiado.

ARTICULO 82°. *Vigencia y derogaciones.* El Presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga los Acuerdos 41, 77, 95, 100, 104, 111, 114, 128, 131, 138, 145, 161, 176, 177, 190, 191, 192, 199, 207.

1.5 PROPUESTA ACUERDO PARA LA CREACIÓN DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN TERRITORIAL

1. De conformidad con el artículo 42 en su numeral 11, el artículo 72, el artículo 93 y el artículo 111 de la ley 715 del 2001, se crea el Sistema de Evaluación Territorial, el cual tiene como propósito organizar el Sistema de Inspección Vigilancia y Control, y Control Social en el Régimen Subsidiado y el Sistema de Información Territorial.

Parágrafo: *El Sistema de Evaluación Territorial* se compone a su vez de tres subsistemas denominados: evaluación participativa, sistema de información de quejas y reclamos e indicadores técnicos de desempeño, las cuales constituirán sus fuentes.

Parágrafo: El Sistema de Evaluación Territorial se aplicará sobre la gestión de las instituciones que componen el régimen subsidiado en el municipio: ARS, IPS y DLS.

La dirección del *Sistema de Evaluación Territorial* está a cargo de los Consejos Municipales de Seguridad Social en el nivel municipal, los Consejos Departamentales de Seguridad Social en el nivel departamental y el Consejo Nacional de Seguridad Social en el nivel nacional, en tanto espacios de concertación y discusión entre todos los actores públicos, privados y sociales que integran el régimen subsidiado en salud.

2. Se realizarán *evaluaciones participativas* sobre la identificación, selección, afiliación, carnetización, prestación de servicios (calidad, oportunidad y barreras al servicio) y derecho a la libre elección de ARS e IPS.
 - a. Parágrafo: Las evaluaciones participativas tendrán como elementos básicos un análisis de contexto y eficacia de las políticas. El análisis de contexto contendrá las siguientes variables como mínimo: los actores institucionales y sociales, sus relaciones contractuales y no contractuales, las particularidades epidemiológicas de la localidad, la determinación de las necesidades en salud y la respuesta a la pregunta de cómo se están satisfaciendo dichas necesidades por parte de las instituciones responsables del sistema. En los análisis de eficacia se tendrá en cuenta si las medidas adoptadas por los actores institucionales cumplen con los objetivos propuestos.
 - b. Parágrafo: Las evaluaciones participativas se realizarán a partir de cada una de las asociaciones de usuarios y organizaciones sociales en salud.

La evaluación participativa es de carácter obligatorio y es responsabilidad de los personeros impulsar, organizar su realización.

Parágrafo: La evaluación participativa se realizará periódicamente cada seis meses, en uno o varios eventos públicos.

Parágrafo: La personería realizará el procesamiento y la consolidación de los resultados de la evaluación participativa; a partir de estos producirá indicadores por municipio y por institución que serán remitidos al CMSS.

Parágrafo: Las DLS presentará un informe de su gestión al inicio de cada evento donde se lleve a cabo la evaluación participativa, el cual incluirá como mínimo los resultados en cuanto a identificación, selección, afiliación carnetización, prestación de servicios (calidad, oportunidad y barreras al servicio) y derecho a la libre elección de ARS e IPS, en el municipio y sobre el periodo comprendido en el año anterior.

Parágrafo: En cada evento donde se realice una evaluación participativa, se deberá llevar un acta que contenga como mínimo el listado de asistencia de los participantes y nombre de la organización a la que representa -si pertenece a alguna- ; igualmente, debe incluir los temas críticos tratados y las principales conclusiones y recomendaciones a las que se llegó en la discusión.

3. La promoción y organización de las asociaciones de usuarios estará a cargo de las oficinas de participación comunitaria del nivel municipal, para lo cual contarán con el apoyo en capacitación de las DSS; en ningún caso los miembros de las asociaciones podrán desarrollar funciones propias de la administración y operación de las ARS, IPS y DLS, y deberá garantizarse su autonomía. Los medios para su funcionamiento (recursos físicos y económicos) serán provistos obligatoriamente por las ARS e IPS.
 - a. Parágrafo: A las asociaciones de usuarios de las IPS podrán pertenecer todas aquellas personas que requieran los servicios de salud de esa entidad, en forma independiente de su condición de asegurado o no asegurado.
 - b. Parágrafo: Los miembros de las asociaciones de usuarios no podrán tener ninguna relación de carácter laboral, o de prestación de servicios con las ARS, IPS y DLS.
 - c. Parágrafo: El Ministerio de Salud Nacional especificará los recursos mínimos que deberán ser provistos por las ARS e IPS a las asociaciones de usuarios para su funcionamiento.
4. Es función del Ministerio Nacional de Salud elaborar una metodología estandarizada para la aplicación de las evaluaciones participativas y crear el software para su procesamiento y consolidación.
 - a. La DSS producirá un informe que contenga los resultados y enseñanzas de ellas para el departamento.
 - b. El Ministerio de Salud Nacional producirá un informe que contenga los resultados y enseñanzas de ellas para la nación.
5. *El Sistema de Información de Quejas y Reclamos* consignará y sistematizará la información sobre violación a los derechos de las personas respecto a la ocurrencia, trámite y resolución de los problemas de identificación, selección, afiliación, carnetización, prestación de servicios (calidad, oportunidad y barreras al servicio) y derecho a la libre elección de ARS.
 - a. Parágrafo: El registro de esta información se hará en formulario único estandarizado por la Superintendencia Nacional de Salud que deberá permitir

llevar a cabo un seguimiento de cada problema particular, para lo cual deberá contener como mínimo las siguientes variables codificadas: departamento, municipio, actor que recibe la queja, consecutivo de registro, fecha en que se instaura, problema presentado, institución contra la que se instaura la queja, actor institucional que la transfiere, grado de resolución, fecha en que se resuelve, datos opcionales sobre nombre, cédula y domicilio de la persona o institución que instaura la queja. Finalmente se incluirá una variable de observaciones donde se incorporan anotaciones particulares sobre el problema.

- b. Parágrafo: Cuando una queja es remitida de una institución a otra para su resolución, es necesario registrar su inclusión en la nueva institución con un código nuevo, aunque haciendo el registro del código inicial con el que fue capturado.
- c. Parágrafo: En todos los casos se entregará a la persona o institución que pone la queja, un comprobante que certifique su recepción donde se consigne el consecutivo único asignado.

La recepción de quejas y reclamos estará a cargo de la dirección local de salud, el personero, las IPS y las ARS.

Parágrafo: En aquellos casos en que la queja instaurada en cualquiera de las instituciones a que hace referencia este artículo, no sea de su competencia, será su responsabilidad hacer recepción de esta y tramitarla a la institución que corresponda su resolución.

La consolidación de los resultados del Sistema de Información sobre Quejas y Reclamos, se hará por cada trimestre, y estará a cargo de la dirección local de salud, con base en la información aportada por ella misma y por todos los actores que la capturan.

6. En los casos en los que la queja no sea resuelta satisfactoriamente, se requerirá la intervención del personero y por su intermedio se harán los trámites correspondientes, ya sea la aplicación de acciones de tutela, derechos de petición, audiencia pública, acciones de veeduría o cualquier otro mecanismos de participación ciudadana; o el traslado a la autoridad competente.
7. La DLS realizará la consolidación de los resultados del Sistema de Información de Quejas y Reclamos en el municipio y por instituciones; a partir de estos producirá indicadores de gestión, los cuales serán remitidos al CMSS.

El Consejo Municipal de Seguridad Social -como instancia de concertación entre todos los actores públicos, privados y sociales del régimen subsidiado en salud en el nivel municipal- discutirá los resultados del *Sistema de Evaluación Territorial* del municipio. Las evaluaciones participativas y los indicadores técnicos de desempeño semestralmente, y el Sistema de Información sobre Quejas y Reclamos trimestralmente.

Parágrafo: Una vez discutidos los resultados sobre las evaluaciones participativas y el sistema de información de quejas y reclamos, el Consejo Municipal de Seguridad Social, remitirá esta información a la Dirección Seccional de Salud.

8. Se construirán *indicadores técnicos de desempeño* para las siguientes áreas: contratación, aseguramiento, agencia, flujo de recursos, identificación, selección, afiliación, carnetización, prestación de servicios y programas de salud pública, para cada una de las instituciones responsables de las funciones anteriores.

Los indicadores técnicos de desempeño serán definidos a nivel nacional por la Superintendencia Nacional de Salud, en un plazo máximo de 6 meses a partir de la promulgación de este decreto, teniendo en cuenta particularidades regionales del sistema (por ejemplo, zonas donde haya o no pluralidad de oferentes de aseguramiento y prestación de servicios de salud, comunidades indígenas, etc).

Parágrafo: La Superintendencia Nacional de Salud realizará una solicitud a los Consejos Departamentales de Salud para construir los indicadores técnicos de desempeño, los requisitos de información y estandarizar las propuestas después de una amplia concertación.

Parágrafo: La Superintendencia Nacional de Salud diseñará un software con base en los indicadores técnicos de desempeño, que permita la captura y procesamiento de la información necesaria para su construcción y consolidación en los tres niveles territoriales.

Parágrafo: Las DSS contratarán con las universidades regionales, la aplicación de los instrumentos de recolección y procesamiento de la información, y la elaboración de los indicadores técnicos de desempeño.

Parágrafo: La aplicación y consolidación de los resultados obtenidos de los indicadores de desempeño se hará semestralmente.

La Dirección Seccional de Salud, ponderará las tres fuentes del Sistema General de Evaluación y producirá los indicadores sintéticos de calificación de acuerdo a los lineamientos dispuestos por la Superintendencia Nacional de Salud. Estos resultados se realizarán para cada municipio y para cada una de las instituciones del régimen subsidiado que operan en él, por zonas de operación autorizadas a las ARS y para el departamento en su conjunto, estos serán los resultados del Sistema de Evaluación Territorial.

Parágrafo: A partir de los indicadores, se construirá un ranking de ARS e IPS que mostrará su desempeño semestralmente.

Parágrafo: La DSS remitirá al CMSS los indicadores sintéticos de calificación y el ranking de ARS e IPS.

El Consejo Municipal de Seguridad Social discutirá las calificaciones sintéticas y el ranking de ARS e IPS,

Parágrafo: Una vez discutida esta información, será de obligatorio conocimiento público y divulgación en las carteleras informativas de las ARS, IPS, la DLS y la personería, en la publicidad institucional de las ARS e IPS, así como por los medios escritos y radiales locales existentes. Esta información debe especificar los resultados por cada uno de los componentes del Sistema de Evaluación Territorial, discriminando al interior de cada uno sus resultados particulares.

Harán parte de los Consejos Territoriales de Seguridad Social, además de los indicados en el acuerdo 57 del CNSSS, 3 representantes más de las alianzas de usuarios; y en el municipal el personero o su delegado.

Parágrafo: los representantes de las alianzas de usuarios, asociaciones de usuarios y organizaciones comunitarias en salud, serán elegidos en un evento democrático, donde participará un representante por cada institución existente en el municipio. Su aceptación en el Consejo Municipal de Seguridad Social será de carácter obligatorio; y tendrá una vigencia de 2 año a partir de su elección.

Parágrafo: Este evento será convocado por las oficinas de participación comunicaría mediante invitación escrita a todas las organizaciones comunitarias en salud.

Los Consejos Departamentales de Seguridad Social -como instancia de concertación entre todos los actores públicos, privados y sociales del régimen subsidiado en salud en el nivel departamental- discutirán los resultados del *Sistema de Evaluación Territorial* consolidados por departamento y avalará la información recabada por el sistema.

Parágrafo: Una vez sea avalada la información por el CDSS, será de obligatorio conocimiento público y de obligatoria divulgación, en las carteleras informativas de las ARS, IPS y la DSS, en la publicidad institucional de las ARS e IPS, así como por los medios escritos y radiales existentes en el departamento. Esta información debe especificar los resultados por cada uno de los componentes del Sistema de Evaluación Territorial, discriminando al interior de cada componente sus resultados particulares.

Parágrafo: El Consejo Departamental de Seguridad Social una vez discutidos los resultados del Sistema de Evaluación Territorial, remitirá los resultados discriminados por municipios e instituciones a la Superintendencia Nacional de Salud que consolidará los resultados adoptará las acciones de su competencia y dará amplia divulgación a estos.

9. El Sistema de Evaluación Territorial contará con un subsistema de tres niveles de seguimiento y control, definidos a partir de los indicadores de cada una de sus componentes.
 - a. Parágrafo: El primero indicará la buena marcha de la gestión. El segundo indicará la existencia de problemas, dando lugar a debatir los resultados y concertar planes de mejoramiento y compromisos de las partes, en busca de soluciones; estas evaluaciones y los compromisos institucionales que de ellas derivan serán publicitados y tendrán consecuencias en la contratación en caso de incumplimiento. El tercer nivel se presenta cuando ya sea por la gravedad del problema, insuficiencia técnica, mala fe, conductas delincuenciales o porque las anomalías persisten, el CMSS remitirá el trámite del control administrativo y jurídico a quien le corresponda.
 - b. Parágrafo: Las instituciones que integran el Régimen Subsidiado se comprometerán ante los CMSS con los planes de mejoramiento a que refiere el parágrafo anterior. El CMSS decidirá el número y la periodicidad de las reuniones donde se evaluará el cumplimiento de los compromisos adquiridos.

- c. Parágrafo: Será función de la Superintendencia Nacional de Salud, definir los valores cuantitativos que delimitan cada uno de los niveles de intervención para los tres componentes.
- d. Parágrafo: En los casos en que las entidades mal evaluadas no presenten planes cuyos resultados arrojen mejorías constatables, la dirección local de salud y en su defecto, la dirección departamental o la superintendencia de salud entrarán a asumir las consecuencias contractuales necesarias.
- e. Parágrafo: Las DLS podrán objetar la red de IPS de la ARS en el momento de su contratación cuando estas presenten desempeños deficientes en los periodos de contratación anteriores.
- f. Parágrafo: Las DSS podrán objetar la red de IPS de la ARS en el momento de adjudicar zonas de operación en sus departamentos cuando estas presenten desempeños deficientes en los periodos de contratación anteriores.
- g. Parágrafo: La DLS podrá imponer sanciones, multas y caducidad del contrato a las ARS en aquellos casos que lo ameriten.
- h. Parágrafo: Sin perjuicio de las sanciones contempladas en los contrato de aseguramiento, las sanciones referidas a contratación impuestas por la DLS pueden pasar por el retiro de la autorización de operación para las ARS e IPS en el municipio.
- i. Parágrafo: Las sanciones referidas a contratación impuestas por la DSS pueden pasar por el retiro de la autorización de operación para las ARS e IPS en el departamento o zona de operación donde fue autorizada su operación.
- j. Parágrafo: En todos los casos, las sanciones referidas a contratación pueden pasar por restringir competencias para la contratación en el caso de la DLS, asumiendo transitoriamente estas funciones la DSS.
- k. Parágrafo: Las sanciones a las que dará lugar, para las ARS, pasarán por la prohibición de ampliación o renovación de contratos hasta el retiro de la autorización de operación según sea el caso; estas sanciones pueden ser impuestas por la DLS, la DSS, la Contraloría departamental o la SNS, según sus competencias.

Las moras en el pago de las entidades territoriales a las ARS, de las ARS a las IPS así como la desviación de fondos estará en primera instancia bajo el control de la DSS, la cual aplicará indicadores de desempeño sobre esta área.

Parágrafo: En todo caso la existencia de moras o retrasos ocasionará el pago irrenunciable a los intereses de mora que hayan sido causados.

Independiente del nivel territorial y la institución encargada de llevar a cabo la aplicación de los instrumentos del Sistema de Evaluación Territorial, la información allí recabada y

construida debe ser sujeto de *remisión y publicidad* en los tres niveles territoriales y a través de todas las instituciones que integran el sistema.

La implementación del Sistema de Evaluación Territorial hace parte de la relación contractual en el contrato de aseguramiento entre las DLS y las ARS, y de prestación de servicios entre las ARS y las IPS, por lo cual su no implementación se considerará en todos los casos como incumplimiento del mismo.

El CMSS operará como tribunal de equidad en los temas relacionados con identificación, selección y afiliación en el municipio, generando acuerdos que consignen las recomendaciones sobre casos particulares.

Además de las funciones consignadas en el acuerdo 25 del CNSSS para el funcionamiento de los Consejos Territoriales de Seguridad Social, se incorporan las descritas en el presente decreto relacionadas con el funcionamiento del Sistema de Evaluación Territorial.

El Sistema General de Evaluación modifica y amplía el Sistema de Garantía y Calidad y su subsistema de información, Decreto 2174 de 1996 y la Circular Externa conjunta No 018 del Ministerio de Salud – 074, Sistema Nacional de Salud, 30 de junio de 1998 y en particular el inciso II, párrafo 7 sobre Medición de la Satisfacción del Usuario y el acuerdo 57 del CNSSS.

1.6 PROPUESTA DE CONTRATACION QUE DEBE SER CONSIDERADA PARA SER INCLUIDA EN EL DECRETO REGLAMENTARIO SOBRE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL ESTABLECIDO EN LA LEY 715

ARTICULO.-DELEGACIÓN DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD. De conformidad con lo establecido en la Constitución y en el Artículo 152 de la Ley 100 de 1993, el Estado podrá delegar el servicio público de salud a particulares y específicamente el aseguramiento y el agenciamiento de servicios de salud bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades que presten el servicio.

ARTICULO DELEGACIÓN DE LAS FUNCIONES DE ASEGURAMIENTO Y AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Las funciones de aseguramiento y agencia de servicios de salud en el Régimen Subsidiado será delegada por las direcciones seccionales y locales de salud exclusivamente a las entidades autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, en condiciones que por una parte garanticen accesibilidad, suficiencia y calidad de los servicios de salud a los afiliados y por otra posibiliten una administración eficiente a las ARS para un manejo razonable del riesgo de un grupo poblacional, frente a las particularidades geográficas y demográficas y culturales de una zona determinada.

Parágrafo. Las Administradoras del Régimen Subsidiado autorizadas por el decreto 1804 de 1999 deberán asimilarse a las Entidades Promotoras de Salud en cuanto a sus requisitos de operación y funcionamiento en un plazo de dos años. La Superintendencia de Salud elaborará el cronograma que estas entidades deben seguir para igualar los requisitos de las ARS, sin los cuales no podrán operar.

ARTICULO DIRECCION DEL REGIMEN SUBSIDIADO A NIVEL NACIONAL. La dirección, del régimen subsidiado del Sistema General de seguridad Social en Salud, corresponde a la Nación, quien la ejercerá a través del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL La Superintendencia Nacional de salud tendrá a cargo la vigilancia y control del Régimen Subsidiado en todo el territorio nacional y de las Entidades Promotoras de Salud que operen el régimen Subsidiado, especialmente en lo relativo a la función de aseguramiento. Las EPS que operan el régimen contributivo no requerirán autorización adicional por parte de la Superintendencia para operar el Régimen subsidiado, pero deberán cumplir las obligaciones relativas al manejo independiente de los recursos del Régimen Subsidiado y al Sistema de Información correspondiente, que fijen el Gobierno Nacional, el Ministerio de Salud o la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTICULO DIRECCIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO A NIVEL DEPARTAMENTAL y DISTRITAL. La dirección del régimen subsidiado del Sistema General de seguridad Social en Salud a nivel departamental y Distrital corresponde al Gobierno Departamental o Distrital, quien la ejercerá a través de la Dirección Departamental o Distrital de Salud y al Consejo Departamental o Distrital de Seguridad Social en Salud, de conformidad con las normas y

orientaciones expedidas por el Gobierno Nacional, Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

Los distritos deberán adicionalmente contratar con las ARS el aseguramiento y la administración de servicios de salud de su población pobre.

ARTICULO INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL A NIVEL DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL. Las Direcciones Seccionales de Salud tendrán entre sus funciones la vigilancia y control del Régimen Subsidiado en el correspondiente territorio y de las Entidades Promotoras de Salud que operen el régimen Subsidiado en su territorio, especialmente en la función de agencia, para garantizar garanticen la accesibilidad, suficiencia y calidad de los servicios a los afiliados, así como las acciones preventivas y los sistemas de referencia de pacientes. Las Direcciones Seccionales y Distritales podrán Otorgar o Revocar a las Entidades Promotoras de Salud el permiso de operación del Régimen Subsidiado en sus departamentos o distritos, permiso de operación que será adicional y complementario a la autorización nacional expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTICULO DIRECCIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO A NIVEL MUNICIPAL.. La dirección del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel municipal corresponde al Gobierno municipal, como dirección local de salud, quien la ejercerá a través de la respectiva organización administrativa municipal y el Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud. La Administración municipal velará por la identificación de la población pobre beneficiaria de subsidios y su afiliación al Régimen Subsidiado, de conformidad con las normas y orientaciones expedidas por el Gobierno Nacional, Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, así como las disposiciones y planes departamentales para la operación del Régimen.

ARTICULO VIGILANCIA Y CONTROL A NIVEL MUNICIPAL. Las Direcciones Locales de Salud tendrán entre sus funciones la vigilancia y control del Régimen Subsidiado en el correspondiente territorio, así como de las Entidades Promotoras de Salud, con las que contraten la afiliación de su población pobre, a través de procesos de participación social, para lo cual debe fomentar las correspondientes organizaciones comunitarias. Las Alcaldías municipales no están autorizadas para la imposición de sanciones pecuniarias o de otro tipo a las ARS, las que deberán solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud, salvo aquellas pactadas en los contratos colectivos de afiliación, incluida la caducidad, de las que, en caso de ser aplicadas, deberán informar a las Direcciones Seccionales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud

ARTICULO FACULTAD DE INTERVENCIÓN El Ministerio de Salud podrá intervenir el servicio público de salud en los departamentos y distritos y por tanto a las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud cuando se presenten serias irregularidades en la operación del Régimen Subsidiado en el respectivo territorio. Las Direcciones Seccionales de Salud están facultadas para intervenir el servicio público de salud en los municipios de su respectivo territorio cuando se presenten serias irregularidades en la operación del Régimen Subsidiado en el respectivo territorio. La intervención podrá ser recomendada por los Consejos Territoriales de Seguridad Social.

ARTICULO CONCURSO. Las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud deberán realizar cada cuatro años un concurso para autorizar a las ARS a operar en distintas partes de su territorio el Régimen Subsidiado, a fin de lograr condiciones de operación que garanticen una administración eficiente del aseguramiento y la administración de servicios de salud, e igualmente garanticen la accesibilidad, suficiencia y calidad de los servicios a los afiliados, así como la adecuación de las acciones preventivas y los sistemas de referencia de pacientes a las condiciones regionales. El primero será convocado en Octubre de 2002 para la contratación que inicia en Abril de 2003.

ARTICULO ZONAS DE OPERACIÓN DEL REGIMEN SUBSIDIADO Para garantizar una administración eficiente a las ARS y un manejo razonable del riesgo de un grupo poblacional, así como los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia y control social, frente a las particularidades geográficas y demográficas y culturales, las direcciones seccionales autorizarán la operación a las ARS en zonas geográficas supramunicipales, provinciales o departamentales, que incluyan cuando menos el municipio cabecera de provincia y sede de un hospital de segundo nivel de atención junto con los municipios que por razones económicas y viales, así como de oferta de servicios, pertenezcan a su zona de influencia. Pueden incluir igualmente en cada zona la capital del departamento, o la sede del tercer nivel de atención o complejidad siempre y cuando esté en el mismo departamento.

Parágrafo Las direcciones distritales podrán autorizar la operación en zonas urbanas y rurales concentradas bajo la racionalidad de las redes de servicios o en toda el área distrital, si existen condiciones de competencia. En cualquiera de los casos deberán informar ampliamente a los usuarios.

Parágrafo Las direcciones seccionales podrán hacer acuerdos o convenios para trasladar el aseguramiento de municipios distantes o áreas fronterizas a zonas correspondientes a un departamento vecino, cuando la conformación de la red de servicios o la accesibilidad a los mismos así lo aconsejen.

ARTICULO COMPETENCIA LIMITADA Para garantizar la competencia, las direcciones seccionales deberán autorizar como mínimo dos ARS para una zona de operación y como máximo tres, si la población de la zona no supera los 120.000 habitantes o los 60.000 habitantes con Necesidades Básicas Insatisfechas, para asegurar una administración rentable en la zona. Si se adjudican zonas con mayor población para la operación de las ARS pueden permitir que entren a competir por la zona otras ARS en correspondencia proporcional a la mayor población.

ARTICULO SELECCION DE EPS. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud seleccionarán mediante acto administrativo a las ARS autorizadas para cada zona, previo concepto favorable de la Junta de Licitaciones o adquisiciones o del órgano que haga sus veces.

ARTICULO CONVOCATORIA PUBLICA E INSCRIPCIÓN Para dar inicio al concurso, a más tardar la tercera semana de Octubre, las direcciones seccionales y distritales de salud convocarán públicamente a inscripción a todas las ARS interesadas, inscripción que estará abierta como mínimo por un periodo de dos semanas, durante el cual entregarán el pliego de

condiciones gratuito sobre las zonas establecidas por las cuales pueden concursar y las condiciones de operación exigidas para cada una de ellas.

Parágrafo Las ARS inscritas pueden solicitar autorización de operación para cuantas zonas deseen y pueden igualmente solicitar toda la información adicional que deseen y esté disponible sobre las zonas, así como sobre las expectativas de las direcciones seccionales durante las dos semanas siguientes al periodo de inscripción. La única condición exigible por las direcciones seccionales para la inscripción de las EPS es que estén debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, con Resolución Vigente.

ARTICULO PRESENTACIÓN DE OFERTAS: Las ARS deberán presentar propuesta para el aseguramiento y agenciamiento de los servicios de salud a los afiliados del Régimen Subsidiado por cada una de las zonas que aspiren a manejar, el primer día hábil siguiente a las dos semanas de información adicional. Las ofertas deberán estar dirigidas al Director Seccional o Distrital de Salud.

ARTICULO REQUISITOS DE LAS OFERTAS: Las ARS deberán acreditar y comprometerse a mantener durante los cuatro años autorizados de operación, una red de servicios que les permita prestar los servicios definidos en el POS-S y garantizar a los afiliados, accesibilidad, suficiencia y calidad en la prestación de servicios. Incluye seguro o reaseguro de alto costo de acuerdo con la norma vigente, acreditación de las IPS que conforman la red, sistemas de referencia y contrarreferencia, sistema de calidad, sistemas de información y atención al usuario, mecanismos de participación social y programas de protección específica adecuados a los planes departamentales de salud. Las ARS podrán incluir cuantos valores agregados deseen al sistema de administración de servicios de salud en la oferta para los afiliados de la zona para la que concursa.

ARTICULO EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS: La junta de licitaciones calificará las ofertas en orden de mayor a menor puntaje para cada zona, sobre la evaluación de las ofertas, con criterio técnico y sobre la base del conocimiento sobre la prestación de servicios y las IPS de las zonas específicas y decidirá, de conformidad con las condiciones poblacionales de la misma si autoriza a dos o más ARS para operar en cada zona. Los resultados del proceso de selección deberán darse a conocer en audiencia pública durante la segunda semana de Diciembre y a partir de Enero se dará inicio al proceso de afiliación en los municipios.

ARTICULO JUNTA DE LICITACIONES. Esta Junta o el órgano que haga sus veces, deberá estar integrada en la manera en que lo determine la administración departamental o distrital. De todas formas, para autorizar la operación de ARS en el Régimen Subsidiado deberá contar con un representante de los alcaldes de cada zona que se va a autorizar, al igual que con un representante de los afiliados al régimen subsidiado en dicha zona, que será elegido por el Gobernador del Departamento o Alcalde del Distrito, según sea el caso, de terna presentada por los Comités de Participación de la Comunidad, las Asociaciones de Usuarios y las Veedurías comunitarias.

ARTICULO INSUFICIENCIA DE EPS Si como producto del proceso para una determinada zona no resultaren autorizados al menos dos ARS, el departamento o distrito permitirá operar a la ARS autorizada, junto con una ARS que haya sido autorizada para zonas vecinas geográficamente, la que podrá escoger libremente, y que podrá seguir operando en la nueva

zona definida por el término de un año. La Dirección seccional procederá a reabrir el concurso para nuevas ARS en la zona cumplido el año del anterior proceso licitatorio. En caso de que ninguna ARS fuera autorizada en el concurso, el Gobernador o Alcalde podrá autorizar para operar en la nueva zona por un año a cualquiera o varias de las ARS autorizadas para zonas geográficas vecinas. Si ninguna acepta deberá organizar el aseguramiento de la población pobre a través de la Dirección seccional o distrital de salud por el término de un año.

Parágrafo En cualquiera de los casos contemplado en el artículo anterior, el Departamento o Distrito deberá enviar al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud un documento detallado explicatorio del proceso y las razones de que una sola o ninguna ARS haya propuesto o haya sido aceptada para operar en la zona, en el término de 30 días. El Ministerio de Salud y la Superintendencia deberán estudiar el caso y hacer las sugerencias respectivas de modificación o anexión de la zona de resultar poco atractiva o no rentable para las ARS, modificación de los requisitos exigidos por la dirección seccional o distrital, o la utilización de una UPC diferencial aprobada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO LIBRE ELECCIÓN DE EPS. Una vez publicadas las ARS autorizadas para operar en una zona geográfica, las direcciones seccionales de salud comunicarán a los municipios sobre las entidades que sus ciudadanos podrán seleccionar y la alcaldía organizará entre Enero 15 y Febrero 28 actos públicos en los barrios y veredas, previa difusión de los actos, con la presencia de todas las ARS autorizadas para operar en la zona, con el fin de que las familias que van a ser subsidiadas en el siguiente período anual escojan libremente su ARS. Se prohíbe el mercadeo puerta a puerta en el Régimen Subsidiado, aunque las ARS podrán difundir información sobre sus servicios.

ARTICULO REVOCATORIA DEL PERMISO DE OPERACIÓN Las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud podrán en cualquier época revocar mediante acto administrativo el permiso de operación a las ARS previamente autorizadas en caso de incumplir las condiciones ofrecidas por las cuales ganó el permiso de operación.

ARTICULO AFILIACIÓN FAMILIAR. Los municipios deberán seleccionar núcleos familiares completos para la afiliación al Régimen Subsidiado. Si las ARS comprueben que más del 10% de la afiliación no es familiar podrán exigir a los municipios el pago de una UPC diferencial, proporcional a la del Régimen Contributivo para la siguiente vigencia.

ARTICULO LIBERTAD PARA CAMBIAR DE ARS. Una vez cada seis meses los distritos y municipios darán libertad a todos las familias afiliadas al Régimen Subsidiado de cambiar de ARS, entre las autorizadas a operar en la zona, en acto público en cada barrio y vereda similar al de la libre elección inicial de ARS.

ARTICULO CONTRATACIÓN DEL ASEGURAMIENTO. Los distritos y municipios celebrarán contratos de afiliación colectiva al Régimen Subsidiado con las ARS autorizadas a operar en la zona, de acuerdo con el proceso de libre elección que los beneficiarios de subsidios elijan. Los contratos incluirán obligatoriamente mecanismos tendientes a prever que todos los niños que nazcan en los grupos familiares afiliados al Régimen Subsidiado

queden automáticamente afiliados. Igualmente establecerán con claridad el manejo de novedades de afiliación.

Parágrafo: Los municipios podrán constituir encargos fiduciarios o bancarios para el manejo de los pagos regulares correspondientes a los afiliados vigentes y carnetizados y el control de novedades de cada ARS, en cuyo caso bastará con que cuente con un convenio marco de aseguramiento con las ARS autorizadas en su municipio.

ARTICULO LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS Los Distritos y Municipios deberán liquidar los contratos de aseguramiento en un periodo no mayor de cuatro meses a partir de su finalización, mediante acto administrativo, de conformidad con las normas legales. En el caso de encargos fiduciarios o bancarios, el municipio deberá certificar la liquidación presentada por la entidad financiera mediante acto administrativo.

ARTICULO PROCESO DE CALIDAD Las Direcciones Seccionales de Salud organizarán un proceso de seguimiento sobre los procesos de calidad de las ARS que operan el Régimen Subsidiado en su territorio y las IPS contratadas por estas en busca de asegurar el desarrollo de procesos estandarizados de prestación de servicios que aseguren la calidad de la atención médica.

ARTICULO PROTECCIÓN ESPECIFICA: Las EPS que operen en el Régimen Subsidiado están obligadas a coordinar con las direcciones seccionales, distritales y locales de salud los programas de protección específica y las actividades de demanda inducida.

ARTICULO INFORMACIÓN: Las ARS que operen en el Régimen Subsidiado deberán rendir la información sobre todos los servicios prestados y la morbilidad encontrada a las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud. Se exceptúa la información financiera.