

**FUENTES DE FINANCIACION DEL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

CAROLINA CLAVIJO MARTINEZ

JENNY GIRALDO MONTOYA

ADRIANA MARQUEZ CALLE

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE DERECHO
AREA DE INVESTIGACIÓN JURIDICA
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

2000

**FUENTES DE FINANCIACION DEL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

CAROLINA CLAVIJO MARTINEZ

JENNY GIRALDO MONTOYA

ADRIANA MARQUEZ CALLE

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE DERECHO
AREA DE INVESTIGACIÓN JURIDICA
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.**

2000

**FUENTES DE FINANCIACION DEL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

**CAROLINA CLAVIJO
JENNY GIRALDO MONTOYA
ADRIANA MARQUEZ CALLE**

**Trabajo de grado para optar titulo de:
ABOGADO CON ESPECIALIZACION EN SEGUROS Y
SEGURIDAD SOCIAL**

**Director
DOCTOR LUIS ALBERTO SIERRA TORRES**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE DERECHO
AREA DE INVESTIGACIÓN JURIDICA
SANTAFE DE BOGOTA, D.C 2000**

Santafé de Bogotá D.C., agosto del 2000

Doctor

HERNAN ALEJANDRO OLANO

Director Area de Investigación Jurídica

Facultad de Derecho

Universidad de la Sabana

La Ciudad

Respetado Doctor

Por medio de la presente nos dirigimos a usted para presentarle el trabajo de grado titulado "FUENTES DE FINANCIACION DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD".

Este trabajo fue realizado por los estudiantes Carolina Clavijo Martínez Jenny Giraldo Montoya y Adriana Márquez Calle, y fue dirigido por el doctor Luis Alberto Sierra Torres anteriormente Superintendente Nacional de Salud y en la actualidad asesor del Ministerio de Salud; Quien aprobó el estudio.

Se agradece de antemano su atención.

CAROLINA CLAVIJO

JENNY GIRALDO MONTOYA

ADRIANA MARQUEZ CALLE

Santafé de Bogotá D.C., agosto del 2000

Doctor

HERNAN ALEJANDRO OLANO

Director Área de investigación Jurídica

Facultad de Derecho

Universidad de la Sabana

La Ciudad

Respetado Doctor

Por medio de la presente me dirijo a usted para presentarle el trabajo de grado titulado "FUENTES DE FINANCIACION DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD".

A la fecha revisé y aprobé el trabajo de investigación efectuado por las estudiantes Carolina Clavijo Martínez , Jenny Giraldo Montoya y Adriana Márquez Calle.

Se agradece de antemano su atención.

DOCTOR LUIS ALBERTO SIERRA TORRES

A mi mama, Ruth Martínez por ser mi fortaleza

En todos los momentos de mi vida De mi diario vivir gracias mami,
y A mi hermano Álvaro Andrés por apoyarme siempre los quiero
mucho .

CAROLINA

A mi papá, Jesús Maria Giraldo por ser mi constante apoyo y mi
ejemplo de superación diaria te quiero mucho papito , A mis
hermanos Gabriel y Sohany por brindarme siempre su amor y
apoyo en los buenos y malos momentos que la vida ha puesto en
nuestro camino y por ultimo A mi mamá, por que sin su apoyo
incondicional y sus enseñanzas no seria la persona que hoy en día
soy.....siempre estarás en mi corazón.

JENNY

A mi papá ,Luis Alejandro Márquez por acompañarme en cada
momento de mi vida y colaborarame siempre en todo lo que he
necesitado y sobretodo gracias por ser mi papá, a mi mama,
Martha gracias por haberme inculcado todos los principios que
tengo y por estar ahí apoyándome siempre.

Y por ultimo a mis hermanos Alejandro y Felipe por los consejos y
la ayuda prestada durante toda la carrera.

Gracias a todos.

ADRIANA.

AGRADECIMIENTOS

Queremos presentar nuestros mas sinceros agradecimientos al Doctor Luis Alberto Sierra Torres, por su valiosa colaboración y su constante disposición durante la elaboración de este trabajo.

Agradecemos también a la Doctora Marcela Madrid por todas las recomendaciones hechas para así lograr un enfoque en el campo médico mas acertado.

Agradecemos a las entidades públicas que nos suministraron fuentes de información acerca del tema planteado y a sus empleados por facilitarnos tal información de una forma seria y ágil como fueron: El Ministerio de Salud , La Superintendencia Nacional de Salud, Ecosalud , El Ministerio de Hacienda Y Planeación Nacional.

CONTENIDO

	Páginas
INTRODUCCION	
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN.....	3
1.1.1 Diagnóstico.....	3
1.1.2 Pronóstico.....	7
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.3 SISTEMATIZACIÓN.....	9
1.4 PROPÓSITO DEL ESTUDIO.....	11
1.5 OBJETIVO GENERAL.....	11
1.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
2. MARCO DE REFERENCIA.....	13
2.1 MARCO TEORICO.....	13
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	18
3. ANALISIS DEL TEMA.....	51
3.1 CAPITULO I: Fondo De Solidaridad Y Garantía.....	51

3.1.1 Estructura del Fondo.....	53
3.1.1.1 Subcuenta de Compensación.....	55
3.1.1.2 Subcuenta de Solidaridad.....	67
3.1.1.3 Subcuenta de Promoción de la Salud	74
3.1.1.4 Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Transito.....	79
3.1.2 Administración, Control, y Vigilancia de los Recursos Presupuesto del FOSYGA.....	87
3.2 CAPITULO II: Fondo del Pasivo Prestacional del Sector Salud	122
3.3 CAPITULO III: Regímenes de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.....	155
3.3.1 Régimen Contributivo.....	157
3.3.1.1 Financiación del Régimen Contributivo	158
3.3.1.1.1 Recursos de la subcuenta de compensación.....	160
3.3.1.1.1.1 Copagos y cuotas moderadoras	172
3.3.1.1.1.2 Unidad de Pago por Capitación UPC.....	182
3.3.2 Régimen Subsidiado.....	185
3.3.2.1 Financiación del Régimen Subsidiado.....	189

3.3.2.1.1 Recursos de financiación.....	191
3.3.2.2 Contratación de la administración.....	201
3.3.2.2.1 Reglas Básicas para la administración.....	204
3.3.2.3 Cajas de Compensación familiar.....	206
3.3.2.3.1 Mecanismos de compensación de los recursos.....	207
3.4 CAPITULO IV: Participación de los municipios en Los Ingresos Corrientes de la Nación.....	224
3.5 CAPITULO V: Rentas Cedidas a La salud.....	239
3.5.1 Juegos de Azar.....	265
3.5.1.1 Rifas.....	272
3.5.1.2 Loterías.....	276
3.5.1.3 Apuestas Permanentes.....	280
3.5.1.4 Gravámenes a concursos y apuestas Hípicos o Caninos...	282
3.5.1.5 Casinos.....	288
3.5.2 Licores.....	288
3.5.2.1 Impuesto sobre el consumo de cervezas.....	290
3.5.3 Impuesto sobre el consumo de cigarrillos y tabaco.....	294
3.5.4 Impuesto de Registro y anotación.....	297
3.5.5 Degüello Ganado Mayor y Menor.....	298

3.5.6 Previsión Social.....	299
3.5.7 Impuestos a los espectáculos públicos.....	300
3.6 CAPITULO VI: Situado Fiscal.....	303

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

Este trabajo plantea los principios sobre la realidad del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Es un análisis en donde se proyecta de manera rápida la historia del desarrollo de los Sistemas de Salud en Colombia y las influencias recibidas a partir de otros países desde sus inicios.

Posteriormente se exponen los principios y la organización del sistema actual, en cuanto a derechos y deberes de los usuarios. Y se hace referencia a las metas trazadas por la Ley 100, como preámbulo al tema central de este estudio que es el análisis y la revisión de las fuentes de financiación del Sistema de Seguridad Social en el país.

Se hace una clasificación de esas Fuentes en seis capítulos que son: Fondo de Solidaridad –FOSYGA; Fondo del Pasivo Prestacional, Regímenes de afiliación al Sistema, Participación en los ingresos Corrientes de La Nación, Cada una de las rentas cedidas a la Salud y por último un análisis del Situado Fiscal.

INTRODUCCION

Debido a las condiciones de inequidad e ineficiencia que predominaban antes de la llegada de la Ley 10 de 1990, Se opto por crear un sistema de salud descentralizado, y con los principios de igualdad y universalidad, que si se adaptan a las necesidades de un pueblo tan diverso como lo es el colombiano.

A partir de estos principios y de la meta planteada "salud para todos en el año 2001". Surgió la inquietud de revisar esas metas y revisar si los objetivos planteados al optar por un cambio legislativo en materia de salud si se estaban cumpliendo, y cuales eran las causas. Y se pasa al tema de Financiación, y se decide analizar la suficiencia de las fuentes de económicas del Sistema, y poder definir la necesidad de nuevas fuentes, o la optimización de las ya existentes.

Se concluye de manera cualitativa, que si se optimizan y aprovechan las fuentes existentes, y los programas ahí estipulados para el mejor servicio de la población, el sistema sería eficiente, y autosuficiente en el área financiera.

Una posible continuación de este estudio, y considerándola como variable es las causas de no utilización de esos recursos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION

1.1.1 Diagnóstico: La nueva concepción de la seguridad social, prevista en la Carta Política¹ como un derecho colectivo, un derecho fundamental y un derecho irrenunciable de los trabajadores, ha motivado la reestructuración total, legal, administrativa, laboral, financiera del servicio público de salud en el país, contemplada básicamente en las Leyes 60 y 100 de 1993.

La Carta Constitucional de 1991 en el artículo 48 contempla el derecho a la seguridad social en forma genérica, como un derecho de todos los ciudadanos, y en particular, como un derecho irrenunciable de los trabajadores. De esta manera, se constitucionaliza el derecho irrenunciable a la seguridad social, garantizado por el Estado a todos los habitantes del territorio nacional con el fin de proteger a la población contra las contingencias que menoscaban la salud y la capacidad económica. Y se

¹CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y LEGISLACIÓN COMPLEMENTARIA. Santafé de Bogotá: Legis, 2000. Título I, capítulo 2.

estipula que la salud es un bien inherente a la existencia digna del hombre, sin distinción de su condición económica, física o mental.

El derecho a la seguridad social no está consagrado expresamente como un **derecho fundamental**. Sin embargo, la Corte Constitucional admite que puede adquirir dicha naturaleza, cuando su vulneración o amenaza compromete otros derechos fundamentales como la vida (artículo 11), la dignidad humana (artículo 1º), integridad física y moral (artículo 12), o el libre desarrollo de la personalidad (artículo 16).

El derecho a la salud goza, pues de carácter fundamental cuando su vulneración o amenaza compromete otros derechos fundamentales, y es susceptible de ser protegido por la acción de tutela.

El término **seguridad social** es utilizado en varios sentidos: unas veces, con un alto grado de contenido político, para hacer referencia a la política social de un Estado; otras veces, en un sentido amplio, para enunciar todas las formas de protección del bienestar material y de las necesidades sociales comunes a una población; y en otras ocasiones, en un sentido restringido, para referirse a la previsión de aquellas contingencias que la población económicamente activa experimenta a lo largo de su vida productiva,

extensivas también a sus familias, tales como el desempleo, invalidez, vejez, muerte, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, o el crecimiento de la familia.

La asistencia pública contemplada en el artículo 19 de la anterior Carta Política como función del Estado que debería prestarse a quienes acreciendo de medios de subsistencia y del derecho de exigirla de otras personas estuvieran físicamente incapacitados para trabajar, según afirma la Corte, no tuvo desarrollo legal ni aplicabilidad práctica bajo la vigencia de dicha constitución. La nueva por el contrario, insinúa desde el preámbulo y en su artículo 48 un gran cambio de contenido político en su concepción de la protección social, como un derecho de la noción de asistencia pública como beneficio gratuito y dadivoso. El fundamento de esta transformación a juicio de la Corte Constitucional, radica en el cambio de los deberes sociales del Estado frente los miembros pobres de la comunidad, en el carácter social del Estado, lo cual se traduce en la prestación continua y eficiente de los servicios públicos, la prioridad del gasto social y la intervención oportuna de las autoridades para impedir la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales constitucionales²

En Colombia, las deficiencias en el antiguo sistema de seguridad social en salud y la ineficiencia de él para llegar a ciertos sectores de la sociedad generaron la necesidad de replantear la necesidad de replantear ese sistema y los servicios de salud existentes hasta ese momento. La ley 100 de 1993 surgió como respuesta a las falencias del sistema previo.

Con la Ley 100 de 1993 se creó un nuevo sistema general de seguridad social en salud, para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, y su carácter obligatorio para cualquier individuo. Este sistema, fue relevante con respecto a la promoción, prevención y atención primaria. Una de las metas de la Ley 100 es que para el año 2001 cada colombiano estuviera afiliado al sistema de salud a través de los regímenes existentes.

A la luz de todos los análisis actuales aparece la imposibilidad para que esta meta sea alcanzada, y es entonces cuando se evalúan las razones. La causa más relevante parece ser que la financiación planeada y requerida por el sistema es insuficiente. Además la financiación del sector salud se caracteriza por ser relativamente compleja en comparación con otros sectores de la administración pública, y requiere una efectiva gestión de los recursos financieros aportados por cada una de las entidades involucradas.

² CODIGO-REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA. Op. Cit., § 5023, p.559

Los propósitos del presente trabajo en términos generales son: realizar un análisis de la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecer la necesidad de crear otras fuentes que tengan como destino final la salud y determinar si la crisis económica del estado tiene repercusiones directas en la financiación del sistema.

1.1.2 Pronóstico: El sistema de salud en Colombia, incluida la seguridad social, hasta la vigencia de la ley 100 de 1993, se caracterizaba por falta de solidaridad, universalidad y eficiencia. Estas condiciones fueron transformadas por orden de la Constitución Nacional de 1991 y constituyen los principales retos para el nuevo Sistema.

El cierre de las instituciones públicas y privadas, el desempleo de los profesionales de la salud, la falta de cobertura, la insuficiencia de los recursos en el sector público, las ineficiencias en los programas de promoción y prevención, las quejas serias y constantes de los usuarios en cuanto a los servicios y su calidad, son algunos de los principales pasajes que enmarcan la situación actual del sector salud; lo anterior se traduce en

la ausencia de mejoras visibles y definitivas en las condiciones de salud general de la población.

Las evidencias del incumplimiento de los objetivos en cuanto al mejoramiento de los servicios de salud, son implícitas y están directamente relacionadas con las deficiencias en cuanto a financiación se refiere. Esta situación ha sido el punto de partida para la presente revisión de las fuentes de financiación expuestas en la Ley 100 y a un análisis de la suficiencia de estas fuentes.

Para permitir una comprensión mas clara el tema fue clasificado en seis capítulos que son:

- 1- Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.
- 2- Fondo Prestacional del Sector Salud.
- 3- Regímenes del Sistema de Seguridad del Sector Salud.
- 4- Participación de los municipios en los ingresos corrientes de la salud.
- 5- Rentas cedidas a la salud.
- 6- Situado fiscal.

1.2.FORMULACION DEL PROBLEMA

¿ Son suficientes las fuentes de financiación para sostener el Sistema General de Seguridad Social en Salud y para garantizar su eficiencia?

1.3 SISTEMATIZACION

- ¿Podrán Cumplirse a mediano y largo plazo las metas impuestas por la Ley 100 tal como lo quiso el legislador?
- ¿Es necesario crear nuevas fuentes de financiación para el sistema de salud?
- ¿ Cómo es la contribución de cada uno de los regímenes de financiación al sistema de seguridad social?
- ¿Se afecta la financiación del sistema de salud por factores como la crisis económica y la violencia?

- ¿Cómo participa el Fondo de Solidaridad y Garantía con la financiación de la salud?
- ¿Qué aportan el fondo de salud y las entidades territoriales al sector salud?
- ¿De qué manera participan los diferentes regímenes de afiliación a la financiación de la salud?
- ¿Cómo se distribuyen los aportes municipales y distritales para hacer los aportes al sistema de seguridad social en salud?
- ¿Cómo aportan las rentas cedidas a la salud a la financiación del Sistema General?
- ¿Cómo participa el situado fiscal de la financiación de la salud?

1.4 PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Con este trabajo se pretende explicar cada una de las fuentes de financiación del sistema General en Seguridad Social en Salud. Para determinar si son suficientes o si es necesario la creación de nuevas fuentes de aportes económicos que soporten el Sistema de Salud y permitan cumplir a cabalidad los objetivos planteados en la ley 100 de 1993.

1.5 OBJETIVO GENERAL

Analizar cuidadosamente los componentes del sector salud y detectar su influencia en el cumplimiento de las metas propuestas en el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud.

1.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Revisar y describir el presupuesto del sector salud.
- Evaluar las metas propuestas en la Ley 100 y establecer su nivel de cumplimiento.

- Determinar la necesidad de nuevas fuentes de financiación.
- Detectar posibles falencias y/o incoherencias en el sistema de salud.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO TEORICO

Es necesario considerar brevemente los aspectos históricos subyacentes mas relevantes y dar una visión rápida de la historia de la salud en Colombia para crear un marco que faculte la comprensión de la situación y las tendencias actuales, obteniendo así una perspectiva que permita identificar cierto tipo de cambios y plantear la posibilidad de replantear el pasado como base para la construcción del futuro.

El análisis de la situación de salud tiene un creciente interés teórico³, en la medida que se articula al desarrollo de las ciencias sociales y de la salud, y práctico, como instrumento para los países y las instituciones, en aspectos como la planificación, la toma de decisiones, la determinación de prioridades y la asignación de recursos. Como proceso, el análisis de salud, es un espacio de construcción interdisciplinario en el cual confluyen, con su complejidad específica, diversas ciencias y métodos. La interacción de los diversos métodos -economía, historia, sociología, epidemiología, entre otros- supone el respeto de cada uno de ellos pero, al tiempo, nuevas síntesis y productos híbridos.

³ AGUDELO, Carlos A. Situación y tendencias de la salud en Colombia. En: Situación de la Salud en Colombia (1º: 1995: Santafé de Bogotá). Memorias del Primer Curso de la Situación de la Salud en Colombia. Santafé de Bogotá: OPS- Instituto Nacional de Salud. 1995; p.22.

Hernández⁴ hace referencia a una clasificación del desarrollo de la salud en Colombia iniciando en un periodo comprendido a partir de la segunda mitad del siglo XIX hasta la actualidad. En este lapso de siglo y medio se diferencian cuatro períodos en los que es posible identificar transformaciones significativas: el primero se refiere a lo que el autor denomina **El modelo higienista**, comprendido aproximadamente entre los años de la regeneración y de la promulgación de la Constitución Política de 1886 y la segunda mitad de la década del 40, 1947 aproximadamente, momento en el que se crean las principales instancias político-técnicas encargadas de las decisiones públicas en salud por parte del Estado, es decir, el Ministerio de Higiene, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y la Caja Nacional de Previsión.

El segundo periodo es más corto, sólo una década comprendida entre 1947 y 1958, y constituye la consolidación de la transición del modelo médico francés al modelo norteamericano, el cual sigue vigente. Este periodo recibe la denominación de **La salud pública importada**, porque esta transición se expresa en el paso de la higiene a la salud pública en el terreno político-técnico, al punto que le cambia el nombre al Ministerio de Higiene.

El tercer periodo se ubica entre 1959 y 1974, algo más de una década, y se denomina **La salud y el desarrollo**, porque nunca fue tan evidente esta relación entre estos dos factores en el Estado Colombiano. Pero esta relación fue más en la mente de los organizadores del Sistema Nacional de Salud a mediados de la década del 70, que en la realidad de un mejoramiento en las condiciones de Salud que se disfrutaron como resultante de un gran estado benefactor.

El cuarto periodo se ubica entre 1975 y la actualidad, bajo el nombre de **salud en los nuevos modelos de desarrollo**, considerando la transformación de esos modelos, así como el papel del Estado y de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil que resultan de ellos, han determinado la conformación de ciertas tendencias en la praxis de la salud que hasta ahora se logra intuir.

En los últimos 15 o 18 años se ha presentado una transformación importante en varios frentes. Se trata de un cambio coyuntural, fuerte, pero coyuntural, dentro de una estructura capitalista periférica que de nuevo se

2 HERNANDEZ, Mario. Introducción a la historia de la salud en Colombia. En: Situación de la Salud en Colombia (1º: 1995: Santafé de Bogotá). Memorias del Primer Curso de la Situación de la Salud en Colombia. Santafé de Bogotá: OPS- Instituto Nacional de Salud. 1995; p.8.

ve presionada a la transformación interna para articularse a la dinámica de su economía-mundo de la mejor manera⁵.

La década de los ochenta se convierte en el momento de inflexión donde se acumulan procesos económicos y políticos que ya no podían ser manejados con el mismo esquema. La inflexión consiste, en la reforma del estado y de las relaciones con la sociedad civil que se expresa en el proceso de descentralización político-administrativa, pero que en la actualidad son los indicadores de modernización y de tendencias cada vez más fuertes de privatización de ciertas responsabilidades asumidas por el Estado en el modelo anterior⁶.

El sector salud llega tarde al proceso de descentralización, pero la manera como enuncia sus cambios es tan fuerte que logra incidir de manera importante en la formulación de la Constitución del 91. El modelo es relativamente simple, pero esto también es preocupante, porque da la impresión que se repitiera una situación que en el pasado fuera la piedra en el zapato: Se importa el modelo, Y como se cree que funciona, se asume sin efectuar ningún cambio y sin condición alguna se adopta para el País. En las anteriores circunstancias no puede verse el nuevo sistema de salud de una manera tan optimista; Fue posible observar cierto regocijo en el gremio médico con la propuesta, pero esto sólo podrá fortalecer a los médicos de larga trayectoria que han logrado instalarse en algunas de las formas de prepago con cierta participación de las decisiones de la empresa. El ejemplo tangible ocurre al imaginar la competencia entre compañías multinacionales de salud como *Colsanitas* o *Blue Life* y un grupo de médicos, odontólogos y enfermeras recién egresados que asumen el apoyo técnico y hasta económico de una empresa solidaria⁷.

La privatización de los servicios de salud no debe entenderse como mala per. se. El problema es que los juegos en el mercado casi siempre hay que salirse de las reglas, adelantarse a la demanda o arriesgar con mucha oferta, a veces hacer trampas legitimadas por la misma dinámica del capital, de manera que solo nos queda la ley de la oferta y la demanda. En segundo lugar, porque no todos parten desde el mismo punto a la hora de ingresar a la carrera del mercado, de tal forma que el problema de la

⁵ Ibid, p.18.

⁶ INTERCAMBIO. Mesa redonda: Descentralización y poder local, una ilusión más? Intercambio (Bogotá)1990,2:3-9.

⁷ HERNÁNDEZ, Op. Cit. , p 19.

equidad y la distribución de la riqueza social no queda resuelta por esta vía.

Las tendencias de minimización del Estado y de privatización de la prestación de servicios parecen ineludibles a esta altura. ¿Pero no cabe acaso preguntarse por la conveniencia o no de tales procesos y por la mejor manera de construir alternativas mejores o por lo menos más equitativas?. Parece como si se aceptara *a priori* que esos modelos han demostrado que funcionan en los países desarrollados y que podrían funcionar del mismo modo en Colombia. Pero se pierde de vista que el lugar que ocupa el País en el entramado de relaciones internacionales no le permite una situación de privilegio, y que es difícil que alguno de los modelos se aplique o se traslade mecánicamente sin que sufra la transformación que implica su lectura por parte de sujetos con historia e intereses dentro de unas condiciones socio-económicas diferentes⁸.

El sistema de salud del país que se modificó con la ley 100 del 93, fue gestado hace cerca de 30 años. Tuvo como propósito central superar la dispersión de las actividades sanitarias y dotar al Estado de un instrumento de acción social; además, apuntó a articular los servicios públicos y privados de atención. Se organizó con la concepción predominante por entonces: la teoría de sistemas se fundió con el enfoque centralista y autoritario de los servicios de salud. Así tomó cuerpo un sistema nacional de salud, conformado por unidades regionales y locales, integradas. En el último decenio este sistema mostró numerosos problemas y hasta señales de crisis. Cabe mencionar la insuficiente cobertura de la población, la falta de coordinación y la superposición de los diferentes componentes (servicios de salud, seguros sociales, sector privado, cajas, etc.), Su exagerada medicalización, la baja calidad de la atención, la debilidad administrativa y la subordinación creciente a la tecnología y los medicamentos. El sistema de salud del país quedó centrado en el enfoque curativo, con énfasis en la atención hospitalaria y debido a la transformación del país y sus efectos sobre la problemática sanitaria, se torno progresivamente anacrónico ante los nuevos retos; quedando así los servicios de salud presos de su propia lógica: mientras se esfuerzan por atender mejor y más pacientes, más se enferma la población y más se utilizan los servicios de salud. En varios países se ha encontrado que cerca de la mitad de esta demanda a los servicios de salud no corresponde a problemas estrictamente médicos. En la medida que este ciclo adverso se hace incontenible se vuelve a la larga insostenible⁹.

⁸ Ibid, p. 19-20.

⁹ AGUDELO, Op. Cit., p. 27.

Sin embargo, en este sistema de salud se introdujo el manejo parcial de factores de riesgo, el cual se aplicó a algunos grupos de alto riesgo (vacunación, maternoinfantil, nutrición, ETS, HTA, control prenatal, vigilancia epidemiológica, IRA, EDA, saneamiento ambiental, entre otros) Esta experiencia fue necesaria para el país y tuvo un impacto positivo en la morbilidad y mortalidad de aquellos grupos poblacionales. De igual manera indica que un sistema curativo permite introducir de manera parcial la prevención. De otra parte, esta experiencia abrió las puertas al manejo de riesgos poblacionales y a la promoción de la salud, en las que apenas se han dado los primeros pasos.

Estando las condiciones de salud como se plantearon anteriormente en esta revisión, el Estado hizo un intento por renovar el Sistema de Salud. Fue entonces cuando el Presidente de la República sancionó la Ley 10 del 10 de enero de 1990 por la cual se reorganizaba el Sistema Nacional de Salud, descentralizando la administración de los Servicios de Salud para emplazarla en manos de los 1.009 alcaldes y los 32 gobernadores, intendentes y comisarios existentes en ese momento. Estableció también Juntas Directivas para cada puesto, centro de salud y hospital con participación de las organizaciones de la comunidad usuarias. Esta Ley también refinanciaba ampliamente al sector incrementando en 1990 a \$20.000 millones de pesos los recursos de los departamentos. Además la Ley 10 estableció la Carrera Administrativa para todos los 40.000 empleados oficiales de la salud, y se declararon los "Servicios de Salud" como un servicio público de prestación obligatoria por parte del Estado e intervenidos por éste en los controles técnicos, sus tarifas se pagarían con dineros públicos. La atención de urgencias se establece como obligatoria para todas las clínicas y hospitales públicos o privados independientemente de la situación económica del usuario y la atención básica gratuita¹⁰

En términos generales el sistema de salud en Colombia, incluida la seguridad social, hasta la vigencia de la ley 100 de 1993, se caracterizaba por la falta de universalidad solidaridad y eficiencia. Estas condiciones fueron las que ordeno transformar la Constitución Nacional de 1991 y constituyen los principales retos en el desarrollo de la nueva Ley.

La carencia de universalidad del sistema vigente hasta 1993 se expresaba principalmente en la insuficiente cobertura en salud de la población colombiana. La falta de solidaridad del sistema se generaba en las enormes

¹⁰ MINSALUD. República de Colombia. Ley 10 de 1990: Reorganización del Sistema Nacional de Salud, Bogota,1991. p.1.

diferencias de recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales con diversas necesidades de salud, a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes, además obligantes, sin canales financieros que permitieran la ayuda mutua entre los afiliados y mucho menos de ellos hacia los más pobres que se quedaban por fuera de cualquier subsistema. Finalmente, el sistema resultaba ineficiente por su organización institucional, por los deficientes resultados observados en comparación con el gasto total del sector y por la creciente insatisfacción de los usuarios¹¹.

El anterior sistema de seguridad social, había sido diseñado inicialmente para lograr la cobertura de la mayor parte de la población trabajadora; pero en la práctica la cobertura fue muy limitada y se limitó a la afiliación de los trabajadores asalariados de los cuales protegía cerca del 50%. Esto implicó que la cobertura de la población total nacional por la seguridad social era incluso menor al 20%. Es decir, las condiciones de universalidad en ese momento no se cumplían por ser este un sistema inequitativo, insolidario y desarticulado, la cobertura a la familia del trabajador y a la población por lo tanto era ineficiente y era selectivo según la capacidad de pago. Por otro lado, la atención familia dependiente del trabajador era mínima; en el caso del ISS, sólo el 18 % de los afiliados tenía derecho a la cobertura familiar¹².

La organización del Sub-Sistema fue insuficiente para dar cubrimiento total, debido a que estos se financiaban fundamentalmente con recursos públicos de los diferentes niveles gubernamentales y con algunos pagos de los usuarios. Este Sub-Sistema a grosso modo se componía por los servicios de salud del sector público, organizado en los Servicios Seccionales de Salud, con entidades que dependían de autoridades nacionales, departamentales y municipales que prestan servicios a la población que no contaba con la posibilidad de acceder a la atención por la seguridad social¹³.

Otro de los problemas ya enunciados es la insolidaridad, y esto es producto de que en el subsistema existían múltiples entidades con regímenes de beneficios distintos y sin ninguna conexión entre ellas. Ello ha sido muchas veces el resultado de las negociaciones sindicales. Esta situación generó una gran inequidad entre la población trabajadora afiliada al Sistema por cuanto

¹¹ MEJIA, Carlos , La Reforma del Sistema de Salud Colombiano. Medellín: Científica, 1997, p.5.

¹² Ibid, p. 6

¹³ Ministerio de Salud. Op. Cit., p.11, Ley 10. Capítulo II Organización y administración del servicio público de salud 1990

trabajadores de empresas con niveles salariales muy superiores al promedio recibían mayores beneficios que el resto de las entidades del Estado. Pero tampoco existía ningún tipo de solidaridad de los trabajadores protegidos hacia el resto de la población sin ninguna cobertura.

La asignación de recursos públicos a la salud no tuvo incrementos entre 1980 y 1990, mientras los gastos en la atención de los afiliados a la seguridad social en salud crecieron en proporciones pequeñas durante el mismo periodo. Esto no obedecía a una política explícita a favor de la ampliación de la cobertura en el sector. Ella es resultado de incrementos reales del salario mínimo en la primera mitad de la década y a la recuperación del empleo en la segunda mitad.

Sin embargo, la relativa estabilidad de estas asignaciones representó por tanto, un detrimento per. cápita en el gasto, dado el crecimiento de la población. Además, la estructuración de los subsistemas dio como resultado la profundización de los problemas de solidaridad, ya que cerca de la mitad de los gastos eran canalizados a través de las entidades de la seguridad social que cubrían en forma integral al 20% de la población y la otra mitad era realizado por el subsistema oficial que tendría responsabilidad sobre el 70% restante de la población¹⁴.

En la práctica, esta situación indicaba que el país había dedicado importantes recursos a la atención de salud, pero ellos se gastaban de manera irracional e ineficiente, no en función de apoyar a quien más lo necesitaba, produciéndose así la desigualdad e inequidad.

Todo lo anterior demostró que se requería reorganizar conceptual, estructural, administrativa, técnica y financieramente el sistema, para lograr el objetivo de salud para todos. Siendo éste el principal fundamento de la nueva organización funcional del Sistema General de Seguridad Social en Salud que busca tener los instrumentos adecuados que permitan llegar directamente a la población que mas lo necesita.

Otra de las demostraciones de inequidad también se presentaba en los niveles de subsidio que otorgan los sistemas público y de seguridad social en salud. Los subsidios a través de las instituciones públicas resultaban progresivos: recibía más quien tenía menos. No obstante, ocurrían "fugas"

¹⁴ MEJIA Op. Cit., p. 9

por cuanto los recursos públicos también subsidiaban la atención de la población de los desfiles altos de la distribución. Siendo esta también una evidencia de la ineficiencia en la asignación del gasto público y de la inequidad del sistema¹⁵.

La condición de ineficiencia de los sistemas de salud vigentes en el país hasta la expedición de la nueva ley, se expresaban en su organización institucional y en la forma y criterios de asignación de los recursos, en la gestión y utilización de los recursos, y en la prestación de los servicios. Este sistema funcionaba con incentivos perversos que hacían más onerosa e ineficiente la prestación de los servicios.

En el sector público se asignaban los recursos a cada institución en proporción directa al déficit que generaban. Los hospitales especialmente los de mayor complejidad, eran los que recibían la mayor parte de los recursos. Aunque con la Ley 10 de 1990 se destinaron recursos específicos al primer nivel de atención, ellos fueron suficientes para generar una reorientación del modelo de salud.

Así mismo, el incentivo que orientó las políticas públicas nacionales y territoriales condujo a asignar mayores recursos para curar la enfermedad, antes que para generar salud en la población. En consecuencia, la falta de consistencia de mayor parte de ellos se orientaba a atenciones puntuales a los pacientes y no a un conjunto orgánico de acciones que privilegiaran el mantenimiento de la salud en el conjunto de la población.

La congestión innecesaria e indeseable de la atención en los hospitales de mayor capacidad tecnológica y la falta de desarrollo de los servicios a nivel intermedio, causaron el deterioro en las condiciones de oportunidad de los servicios, y desperdicio de la capacidad instalada y deterioro de la calidad.

En general, los mecanismos de asignación de los recursos públicos, a través de las instituciones, generaron incentivos perversos para la eficiencia: los recursos terminaban asignándose a las instituciones que presentaban mayores gastos sin que necesariamente el volumen de ellos coincidiera con el mayor volumen de servicios o con la mejor calidad de los mismos. Esta situación promovió situaciones deficitarias en la ejecución financiera de las instituciones de servicios: así los criterios para asignar los servicios no fueron el desarrollo de mejores y mayores servicios sino la situación de caja

¹⁵ Ibid. p.12

de cada entidad; los directores de las instituciones se preocupaban por gastar más y no por gastar mejor.

El agudo proceso de transformación política que vivió el país en 1991 desembocó en la redacción de una nueva Constitución. Y precisamente fue La Constitución Política de 1991 el punto de partida para gestar la Ley 100, y para sentar las bases para una reforma sustancial en materia de salud.

La nueva Constitución Política define un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en el país. En lo relativo específicamente a la salud, la Constitución establece la seguridad social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad solidaridad y eficiencia^{16, 17}.

Igualmente, se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, servicio público a cargo del Estado, quien lo organiza, dirige, establece políticas, reglamenta, y vigila y controla. En su prestación pueden concurrir agentes públicos y privados,¹⁸

En los aspectos financieros, la Constitución Política en el artículo 356 establece los principios de la distribución de competencias y recursos entre los diferentes niveles de la administración pública, contenido que fue desarrollado mediante la Ley 60 de 1993. En el mismo artículo se define el situado fiscal y su destinación. También en el artículo 357¹⁹ establece que los municipios serán partícipes de los ingresos corrientes de la Nación, especialmente en áreas prioritarias de inversión social. Y determina en el artículo 336 que serán exclusivas para el sector de la salud, las rentas por juegos de suerte y azar, y las de licores serán tanto para salud como para educación²⁰. Finalmente, El artículo 366 establece que en los planes y

¹⁶ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y LEGISLACIÓN COMPLEMENTARIA. Op. Cit., Título I, capítulo 2, artículo 48.

¹⁷ OLANO GARCIA, Hernán Alejandro. Constitución Política De Colombia. Santafé de Bogotá: Doctrina y Ley Ltda., 1997

¹⁸. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y LEGISLACIÓN COMPLEMENTARIA Op. Cit., Título II, capítulo 2, artículo 49

¹⁹ *Ibíd.*, Título XII, capítulo 4, artículo 356 y 357

²⁰ *Ibíd.* Título XII, capítulo 1, artículo 336

presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación²¹.

Sobre la base de los anteriores principios, se construye la Ley 100 de 1993 por medio de la cual se crea el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud que cambió y reorganizó el sistema de prestación de servicios de salud. Esta forma se vio además acompañada de otra ley que fortaleció el proceso de descentralización iniciado en 1990. Ella es la Ley 60 de 1993. Ambas Leyes constituyen los pilares del nuevo modelo de organización del sector salud, más descentralizado y con mucha más participación y solidaridad para obtener la cobertura total de la población. En el fondo lo que se estructura es simplemente un sistema que permitiera encontrar un ámbito natural de complementación entre los proveedores públicos y los no gubernamentales que hoy existen en la economía colombiana. Ello no es privatización, lo que se busca es poner a los usuarios en capacidad de negociación y con la posibilidad de recibir el servicio por diferentes entidades²².

Este sistema de salud se propuso fortalecer los mecanismos de solidaridad a través del acceso de todos los colombianos a un plan de protección integral, para alcanzar una meta definitiva en el año 2001: salud para todos.

El nuevo sistema general se conforma de una organización mixta constituida por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, con iguales prestaciones de salud, que deberán integrarse en su funcionamiento, y tendrán una coordinación nacional y canales financieros de solidaridad.

Con el fin de lograr la universalidad y superar las restricciones de cobertura actuales, el sistema plantea la obligatoriedad de la afiliación de los asalariados y los grupos de población con capacidad de pago, quienes se deben vincular al sistema mediante el pago de cotizaciones. Por último, para aquellas personas sin capacidad suficiente para pagar las cotizaciones obligatorias, el sistema otorgará subsidios parciales o totales para asegurar su vinculación.

El resto de la población tendrá acceso al sistema a través del régimen subsidiado. La cobertura total de este grupo de población se planeo para estar cumplida en un plazo máximo de siete años. En este tiempo, el estado

²¹ *Ibíd.* Título XII, capítulo 5, artículo 366

²² MEJIA. *Op. Cit.*, p.22

debe asegurar las asignaciones necesarias para este propósito, y cumplir con la reasignación institucional correspondiente.

Para la financiación de la protección a la población subsidiada se cuenta con dos tipos de recursos fundamentales: las transferencias de la nación de los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía que se nutre con una contribución de solidaridad equivalente a un punto de la cotización del régimen contributivo, de aportes del sistema de compensación familiar y aportes de la nación.

El sistema también prevé mecanismos de solidaridad al régimen contributivo mediante la aplicación de una unidad de pago por capitación que permite contar con recursos potencialmente iguales por cada beneficiario independientemente de su diferente capacidad de pago. Con ello todos los afiliados tendrá la protección del plan de beneficios del sistema independientemente del riesgo particular de enfermar.

La Ley 60 de 1993 definió La distribución de competencias y recursos entre las entidades territoriales, fortaleciendo los aportes fiscales para el sector de la salud , consolidando el proceso iniciado con la expedición de la Ley 10 de 1990 que reestructuraba el Sistema Nacional de Salud creado en 1975 y desarrollando los contenidos de la Constitución Política de 1991.

Contrario a lo dispuesto por la Ley 10 de 1990 pero en concordancia con la nueva orientación de la organización del Estado manifiesta en la Constitución Política de 1991, los departamentos, con la Ley 60 de 1993, recuperan el papel planificador y de intermediación que se había debilitado. Las Asambleas y los Gobernadores deberán afrontar con todo cuidado la organización y administración de las acciones y servicios que atienden la salud de sus ciudadanos.

Por otro lado los hospitales públicos (que con la Ley 100 quedaron denominados ESE .-"Empresas Sociales del Estado") podrían contar con directores con mayor estabilidad en sus cargos y que, en consecuencia, podrán desarrollar sus planes de inversión y reorganización con certidumbre. Esta situación debe permitir que las autoridades hospitalarias logren mayor legitimidad y poder de negociación frente al conjunto del sistema y frente a las autoridades municipales y departamentales que, de manera importante , tendrán responsabilidad sobre los planes de inversión y asignación de recursos para estas entidades.

En el área de las competencias se ratifica la organización definida en la Ley 10 de 1990, donde los municipios son responsables de la atención de primer nivel y los departamentos participan en su financiación y son responsables de los niveles superiores de atención. Estas responsabilidades ahora encuentran la financiación necesaria con las transferencias nacionales asignadas.

En materia financiera y en forma concomitante a esta definición de funciones y responsabilidades la Ley 60 de 1993 robustece las finanzas del sector salud no solo a través de la destinación de mayores recursos sino mediante la definición clara de la base de liquidación de los recursos del situado fiscal que tradicionalmente han financiado el 40% de la prestación de servicios de la salud. Sobre la base de estos mecanismos los recursos que la nación, a través del situado fiscal, transfiere al sector salud representan por lo menos un aumento equivalente a un adicional de los ingresos corrientes totales. El sector salud recibirá ahora como mínimo el 5% de los ingresos corrientes totales de la Nación y no el 4% que había fijado la Ley 10 de 1990.

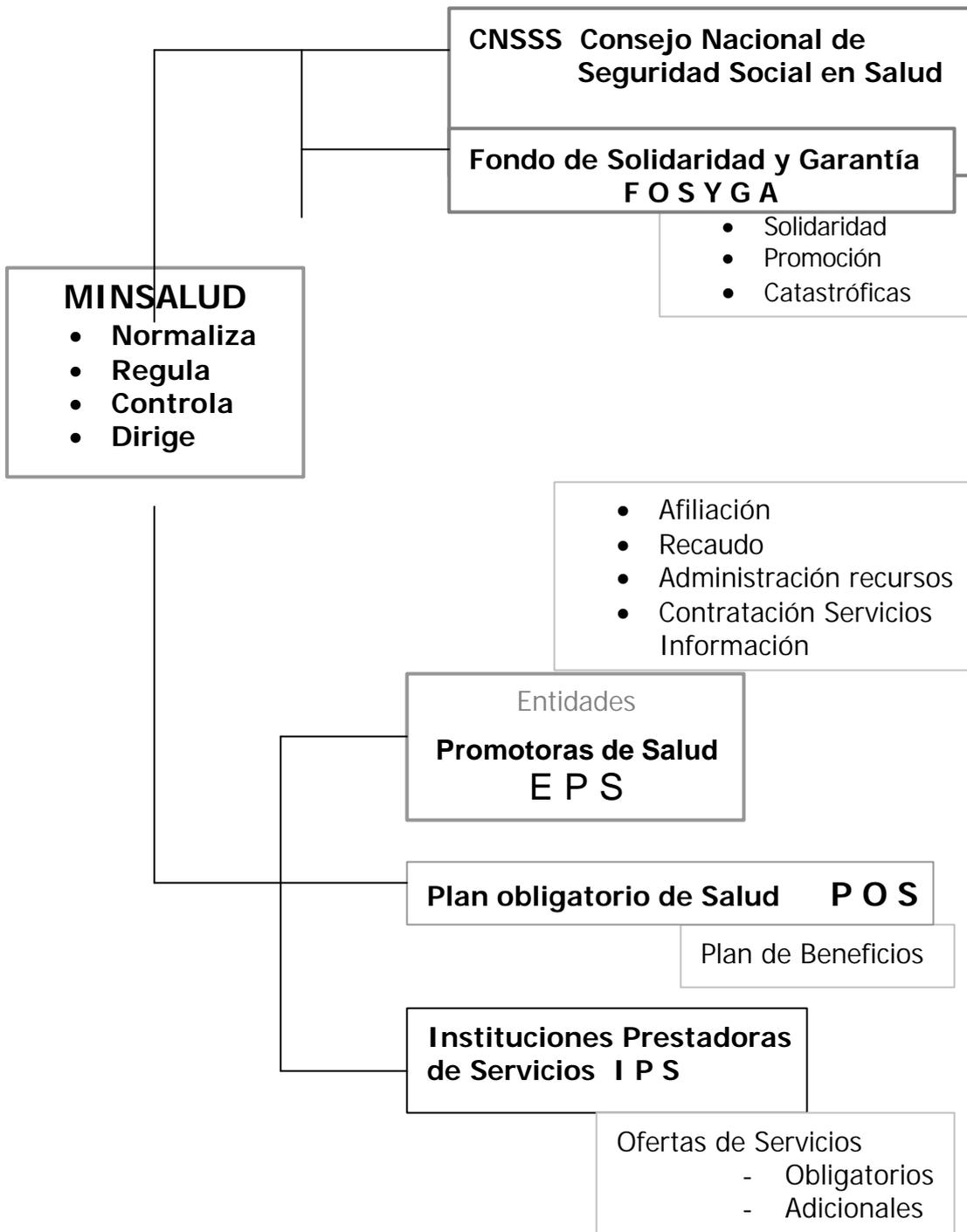
La Ley 60 establece, además, que por lo menos el 25% de las transferencias de inversión social que recibirán los municipios se deben destinar a la prestación de los servicios que son responsabilidad de tales entidades territoriales. Con este nuevo empuje, el aporte municipal sector salud pasará del 5% al 35% de la totalidad de la financiación del sector.

Es importante recalcar que la Ley 60 resuelve uno de los principales obstáculos que encontró el proceso de descentralización del sector cual es el del cuantioso pasivo prestacional adeudado a los trabajadores. Con justa razón ningún Gobernador o Alcalde quería asumir la prestación directa de los servicios sin una claridad acerca de la financiación de esta deuda. Por ello la ley crea el Fondo Prestacional para su reconocimiento y pago y ratifica la obligación de afiliar y pagar oportunamente los aportes previsionales que se generen hacia adelante. Es decir, la ley financia la deuda, pero también garantiza que esta no se vuelva a generar. La nación asumirá el 60% de la deuda total que se calcula en \$450.000 millones de pesos, que será cancelada en los primeros 5 años.

Esta Ley también buscó fortalecer la capacidad de dirección y de gestión de las entidades territoriales para evitar que en el proceso se desmejore y reduzca la calidad del servicio. Ordenó los ajustes necesarios que garantizaran la transferencia ordenada de las responsabilidades que

asumirán los entes territoriales, con el fin de superar las dificultades que en la aplicación de la Ley 100 se tuvieron. Para el plan maestro de descentralización, la Ley 60 asigna recursos nacionales del situado fiscal y de las transferencias de inversión social a los departamentos y municipios, para que asuman competencias en el desarrollo de programas de salud pública y para la cobertura de servicios asistenciales.

La organización institucional del sistema de salud propuesto por la Ley 100, de manera muy General se puede representar de la siguiente manera:



Uno de los aspectos mas novedosos de la organización del nuevo sistema general de seguridad social en salud es la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS. Esta es una dirección general del sistema que adquiere una connotación colegiada y representativa de los principales actores y gestores del sistema general de seguridad social en salud, bajo el liderazgo de Ministerio de Salud.

Las principales responsabilidades y decisiones del Consejo están descritas en el artículo 172 de la Ley 100 de 1993.

Además de las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el nuevo sistema contempla un conjunto de elementos que conforman un Sistema de Garantía y calidad.

Para el eficaz desarrollo de este sistema, deben concurrir el desarrollo de distintas funciones de regulación, control y evaluación a cargo de Ministerio de Salud mediante el desarrollo principalmente de su capacidad de vigilancia epidemiológica y de la Superintendencia Nacional de Salud para la inspección, vigilancia y control.

La Ley refuerza el papel de la Superintendencia Nacional de Salud y le asigna a esta entidad, el control presupuestal y financiero de las entidades participantes, así como el montaje de mecanismos de evaluación de calidad científica de la prestación de servicios.

Para tal efecto, la Superintendencia busca el desarrollo de herramientas comunes mínimas de información a todas las entidades: la aplicación de un sistema de costos, un plan único de cuentas y un sistema de facturación. En igual sentido se deberá ofrecer una amplia difusión de los costos y tarifas que operan en el mercado para los diferentes servicios. La aplicación de estos instrumentos permitirá desarrollar una conciencia sobre los costos por parte de los afiliadores, prestadores y usuarios y debe generar mayor transparencia para el conjunto del sistema. Asimismo, la Superintendencia orientará el desarrollo de los mecanismos de auditoria propios de las distintas entidades y hará el seguimiento necesario.

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud contempla tres mecanismos fundamentales de solidaridad:

- El primero a través del establecimiento de la unidad de pago por capitación para equilibrar los recursos del sistema contributivo y

asegurar el acceso en condiciones de igualdad. Pero la unidad de pago por Capitalización no será única. Ella varía en función de las diferencias de utilización originadas en la estructura de edad, sexo, y localización de la población afiliada. Así se evita la selección adversa de aquellos grupos que generan mayores utilidades del servicio como son los menores de 12 años de edad, las personas de la tercera edad y las mujeres de edad fértil. Este mecanismo permite desarrollar la solidaridad interna en el sistema contributivo.

- El segundo es a través de los recursos del Fondo De Solidaridad Y Garantía para apoyar el acceso de la población que requiere subsidios. Este sistema establece un enlace financiero y solidario entre los regímenes subsidiado y contributivo. El Fondo a su vez contará con cuatro subcuentas: La de solidaridad, la de compensación, la de promoción, y la de eventos catastróficos. Particularmente, la cuenta de solidaridad utilizará sus recursos para apoyar el desarrollo del régimen subsidiado y su progresiva integración y homologación al régimen contributivo.

La conexión entre el régimen contributivo y solidario se logra a través de destinar un (1) punto de la cotización (1% de los salarios) de los

afiliados al régimen contributivo y cerca del 7.5% de los recursos del sistema de subsidio familiar (aproximadamente el equivalente a 0.3% de los salarios).

- El tercero, a través de la financiación de la protección creciente para quienes acceden al régimen subsidiado con la concurrencia de los ingresos corrientes de la Nación, como lo estipula la Ley 60 de 1993.

Es importante señalar los organismos integrantes del sistema general de seguridad social en salud^{23, 24}, estos organismos son:

1. Organismos de dirección, vigilancia y control:

- a) Los Ministerios de Salud y de Trabajo;
- b) El consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y
- c) La Superintendencia Nacional en Salud.

2. Los organismos de administración y financiación:

- a) Las entidades promotoras de salud;
- b) Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud,
- c) El fondo de solidaridad y garantía.

²³ LEY 100 de 1993. Nuevo Régimen de Seguridad Social. Libro II, título I, capítulo 1 artículo 155, Santafé de Bogotá

²⁴ CODIGO-REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA. Op. Cit., D. 1292/94. p.136

3. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, mixtas, o privadas.
4. Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente ley, estén adscritas a los Ministerios de Salud y de Trabajo.
5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.
6. Los sistema general de seguridad social en salud en todas sus modalidades.
7. Los comités de participación comunitaria, COPACOS, creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.

Son organismos adscritos al Ministerio de Salud:

1. El Instituto Colombiano de Bienestar familiar - ICBF
2. El Instituto Nacional de Salud - INS
3. El Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA

Son empresas sociales del estado adscritas al Ministerio de Salud:

1. El Instituto Nacional de Cancerología
2. El Instituto Federico Lleras Acosta
3. El sanatorio Agua de Dios
4. El sanatorio de Contratación.
5. Es sociedad de capital público, vinculada al Ministerio de Salud, la empresa colombiana de recursos para la salud S.A., Ecosalud.

La Ley 100 de 1993 establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

Las competencias para la prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la Ley 100 de 1993 se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia,

especialmente la ley 9 de 1979 y la ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la Ley 100 de 1993²⁵.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Administradoras del Régimen Subsidiado:

Son las Entidades Promotoras de Salud que suscribieron contratos de administración del subsidio con Direcciones locales, Distritales o Departamentales de salud, para afiliar a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financian con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto²⁶.

Cotización: Base que corresponde al valor, de conformidad con la información sobre novedades permanentes suministrada por el aportante, configura el monto total periódico de las cotizaciones a su cargo frente a cada una de las administradoras²⁷.

Equidad: Es uno de los principios y fundamentos del servicio público de salud, y establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud debe proveer gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago.

²⁵ Ley 100 de 1993. Op. Cit. Libro II, Título I, Capítulo 1, artículo 152

²⁶ *Ibíd.*, Libro II, Título III, capítulo 2, artículo 215

²⁷ *Ibíd.* Libro II, título III, capítulo 1, artículo 204

Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el Sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa²⁸.

Entidades Promotoras de Salud: Son las entidades que se responsabilizan de la afiliación, registro y carnetización de los afiliados, el recaudo de sus cotizaciones, de la administración de los recursos y de la contratación de los servicios, para que se brinde el POS a sus afiliados²⁹. Y tendrán a su cargo la afiliación de personas con diferentes tipos de riesgos de salud en uno u otro régimen del sistema, el recaudo de cotizaciones, facilitar la compensación con el fondo de solidaridad y garantía, hacer un uso eficiente de los recursos de la unidad de pago por capitación, UPC, y la organización de la prestación de servicios contenidos en el POS³⁰.

Fondo de Garantías e Instituciones Financieras FOGAFIN: Es una persona jurídica autónoma de derecho público y de naturaleza única, sometida a la vigilancia de la Superintendencia Bancaria y cuyo objeto es la protección de la confianza de los depositantes y acreedores en las

²⁸ Ibíd. Libro II, Título I, capítulo 1, artículo 153

²⁹ Ibíd. Libro II, Título I, capítulo 1, artículo 156

³⁰ CODIGO; REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA. Op. Cit., D. 1919/94. p.568

instituciones financieras inscritas, preservando el equilibrio y la equidad económica e impidiendo injustificados beneficios económicos o de cualquier otra naturaleza de los accionistas o administradores causantes de perjuicios a las instituciones financieras³¹.

Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA: Cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política. Este tendrá por objeto, de acuerdo con las disposiciones de la ley 100 , garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en esta Ley.³²

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS: Son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del sistema, dentro de las

³¹ *Ibíd.*, p. 15

³² *Ibíd.* Libro II, Título III, capítulo 3, artículo 218

entidades promotoras o fuera de ellas. El estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las instituciones prestadoras de servicios de tipo comunitario y solidario³³.

Obligatoriedad: Es otro de los fundamentos del sistema, consagrados en la Constitución Política y en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993. Y señala que la afiliación al sistema general de seguridad social es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este sistema y del estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o capacidad de pago.

Plan de Atención Básica: Es un conjunto de acciones y servicios que complementa las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la

³³ *Ibíd.*, Libro II, título I, capítulo 1, artículo 156.

complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria³⁴.

Plan Obligatorio en Salud: Se define como el conjunto de servicios de atención en salud y prestaciones económicas a que tiene derecho todo afiliado al régimen, en caso de necesitarlos. Sus contenidos están definidos en el acuerdo 008 del Consejo de Seguridad Social en Salud y en el decreto 1938 de 1994. Según el artículo 162. Este Plan permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Plan De Atención Complementaria: Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la Ley 100³⁵.

³⁴ *Ibíd.*, Libro II, título I, capítulo 3, artículo 165

³⁵ *Ibíd.*, Libro II, título I, capítulo 3, artículo 162

Regímenes De Afiliación: Son los “mecanismos” creados por la ley para que los individuos hagan parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se estableció un régimen alternativo como medida temporal, y otros dos regímenes permanentes y excluyentes entre sí^{36,37}:

- Régimen contributivo: El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y sus familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador³⁸.
- Régimen subsidiado: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley.³⁹

³⁶ CODIGO; REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA. Op. Cit p.588

³⁷ LEY 100 de 1993. Op. Cit. Libro II, título III, capítulo 1, artículo 201.

³⁸ *Ibíd.*, Libro II, título III, capítulo 1, artículo 202.

³⁹ *Ibíd.*, Libro II, título III, capítulo, artículo 211

- Régimen vinculado: Serán vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud las personas que no tienen capacidad de pago mientras ellas se afilian al régimen subsidiado. Durante este periodo los vinculados tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones⁴⁰.

Salud: La definición de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud como “Un estado óptimo de bienestar físico, mental, y social y no simplemente como la ausencia de enfermedad”⁴¹.

Seguridad Social: Es un servicio público obligatorio , cuya dirección, coordinación y control esta a cargo del estado, y será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos Y condiciones establecidos en la Constitución Política de Colombia.

⁴⁰ *Ibíd.*, D. 1919/94. Artículo 5

⁴¹ CODIGO; REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA. Op. Cit., p.555

Sistema General de Seguridad Social en Salud: Es el conjunto de normas, instituciones y procedimientos, en especial la Ley 10 de 1990, la Ley 60 de 1993, Ley 100 de 1993, y todos sus decretos reglamentarios que determinan la dirección, organización y funcionamiento, las normas administrativas, financieras y de control, y las obligaciones que se derivan de la aplicación del servicio público esencial de salud creando condiciones de acceso al servicio en todos los niveles de la población⁴².

SISBEN: Es el método de identificación y selección de los beneficiarios del régimen subsidiado en los municipios, se realiza a través de una encuesta que determina una clasificación del paciente mediante un puntaje determinado⁴³.

⁴² Ley 100 de 1993. Op. Cit., Libro II, Título I, capítulo 1

⁴³Ibid, ac. 77/97. - artículo 3-CNSSS

Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito, SOAT: Es un seguro obligatorio vigente que debe tener cualquier vehículo automotor que circule por el territorio nacional, y debe amparar cualquier daño corporal que se causen a las personas en un accidente de transito. Quedan comprendidos dentro de lo previsto por este numeral los automotores extranjeros en transito por el territorio nacional⁴⁴.

3. ANÁLISIS DEL TEMA

3.1. CAPITULO I: FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA, FOSYGA^{45, 46}

El Fondo de Solidaridad y Garantía es una cuenta especial del presupuesto nacional, y su objeto principal consiste en garantizar la destinación especial, el recaudo, contabilización, presupuestación y aplicación a determinados objetivos, de un conjunto de fuentes de financiación significativas para el Sistema de Seguridad Social en Salud. Además manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia. Y está adscrita al Ministerio de Salud.

⁴⁴ Ibid, D.E. 663/93, artículo 192

⁴⁵ LEY 100 de 1993. Op. Cit., Libro II, Título III, capítulo III, Artículo 218

⁴⁶ Ibid, Decreto 1286 de 1996

No obstante, debe aclararse que los recursos que se producen a favor del fondo de Solidaridad y Garantía en desarrollo del mecanismo de compensación y promoción no se constituyen en sujeto de obligación a incluir en el Presupuesto General de la Nación, en virtud del carácter especial de los mismos. Esto a pesar de ser recursos que forman parte de 2 subcuentas del mismo Fondo, como se explicará a continuación.

Es importante aclarar que está previsto que el Fondo de Solidaridad y Garantía se maneje mediante encargo fiduciario.

El nombre de "Solidaridad y Garantía" se deriva del carácter solidario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual se hace viable, entre otros factores, precisamente por existir un Fondo que permite distribuir recursos captados de personas de altos ingresos, menores riesgos y vulnerabilidad, hacia personas de bajos ingresos grupos vulnerables y población de mediano y alto riesgo, vía gasto en salud, o en otros términos, por medio de la aplicación de sus recursos a los objetivos de gasto para la cual fue creada⁴⁷.

La población objeto en forma general es la que está protegida mediante su afiliación a la seguridad social en salud o bien se encuentra transitoriamente vinculada dentro de la misma.

3.1.1 Estructura del Fondo

La estructura del Fondo esta integrada por las siguientes subcuentas independientes^{48, 49}

- 3.1.1.1 De compensación interna del régimen contributivo.
- 3.1.1.2 De solidaridad del régimen de subsidios en salud.
- 3.1.1.3 De promoción de la salud.
- 3.1.1.4 De seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

⁴⁷ COLOMBIA, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.. Recursos Financieros del Sector Salud. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, 1996. p. 26

⁴⁸ LEY 100 de 1993, Op. Cit., ., Libro II, Título III, capítulo III, Artículo 219.

⁴⁹ Ibid, Op. Cit., Decreto 1013 de 1998, artículo 18

Los recursos del FOSYGA se manejarán de manera independiente dentro de cada subcuenta y se destinarán exclusivamente a las finalidades consagradas para éstas en la ley. Los intereses y rendimientos financieros que produzca cada una de ellas se incorporarán a la respectiva subcuenta, previo el cumplimiento de las normas presupuestales que sean aplicables a cada una de ellas.

El artículo 4° del decreto 1283 de 1996 determina que cada una de las subcuentas deberá ser administrada mediante encargo fiduciario, sin perjuicio de que mediante un mismo encargo se administren todas o varias de ellas, de conformidad con los contratos fiduciarios.

El control integral y la dirección del fondo está a cargo del Ministerio de Salud, quien a través de la Dirección General de Gestión Financiera garantizará el adecuado cumplimiento y desarrollo de sus objetivos. Para estos efectos el Ministerio de Salud deberá contratar una auditoría especializada en manejo financiero, de gestión y demás aspectos que se consideren necesarios. Y el Consejo Administrador del FOSYGA será el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

3.1.1.1 Subcuenta de Compensación Interna del Régimen

contributivo: La compensación⁵⁰ en el régimen contributivo, se entiende como el mecanismo por el cual la población con mayores ingresos contribuye a la financiación de los servicios de salud de la población con menores ingresos.

Esta subcuenta tiene por objeto permitir la operación de la compensación en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se entiende por operación de compensación el procedimiento mediante el cual se descuenta de las cotizaciones recaudadas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, los recursos que el sistema reconoce a las entidades promotoras de salud para garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados y demás beneficios del sistema.

Los recursos que ingresan a la subcuenta de compensación provienen de la diferencia positiva entre los ingresos correspondientes a los aportes obligatorios de sus afiliados cotizantes y el valor que por todos y cada uno

⁵⁰ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. CD-ROM, Sistema de Consulta de Normas Jurídicas-Seguridad Social de Salud. Santafé de Bogotá, mayo 2000: Avance Jurídico. Decreto 1896 de 1994, capítulo 2 artículo 8°

de sus afiliados (UPC) le reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a cada entidad promotora de salud, para garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud y demás beneficios que el sistema otorga. Las entidades cuyos ingresos por cotización sean mayores que las unidades de pago por capitación reconocidas trasladaran estos recursos a la subcuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que sus recursos sean menores que las utilidades⁵¹.

Las entidades promotores de salud transferirán mensualmente lo excedentes a la subcuenta de compensación, una vez realizadas las operaciones que se indican a continuación:

1- Del total por cotizaciones se deducirán los siguientes porcentajes establecidos por la ley y aquellos autorizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:

a. Un punto de la cotización que deberá girarse directamente a la subcuenta de solidaridad. Este punto es equivalente al 1% del salario base de cotización.

b. El monto de la cotización obligatoria definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que deberá destinarse a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en los términos establecidos en la Ley 100

⁵¹ Ibid, Decreto 1013 de 1998

de 1993. Este monto en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización.

c. El monto de la cotización obligatoria determinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que le sea reconocido a las entidades promotoras de salud para que estas asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes.

2. A la cantidad que resulte después de realizar las operaciones señaladas en el numeral anterior, se le deducirá:

a. El valor total que la entidad promotora de salud haya pagado o autorizado pagar a las afiliadas cotizantes por concepto de licencias de maternidad en el mes inmediatamente anterior, liquidado de conformidad con las normas legales vigentes y aquellas que las adicionen, modifiquen o deroguen.

b. Una doceava parte del valor de las Unidades de Pago por Capitación que le sean reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud como pago por el Plan Obligatorio de Salud, por cada uno de sus afiliados, cotizantes y beneficiarios, de acuerdo con los montos establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

3. Los excedentes que resulten, una vez realizadas las operaciones enunciadas anteriormente, deberán girarse a la subcuenta de compensación el primer día hábil siguiente a la última fecha límite establecida por el Gobierno Nacional para el pago de cotizaciones. Las EPS y demás entidades obligadas a compensar girarán estos recursos, a la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, en forma independiente del resto de las obligaciones a que están sujetas.

4. Hasta tanto defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud el monto de la cotización destinado al pago de las incapacidades por enfermedad general, se aplicará el porcentaje y el mecanismo vigente, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para el pago de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad.

Lo anterior se puede compendiar de la siguiente manera⁵²:

- **Recaudos netos mensuales de la EPS**

COTIZACIÓN		DESCUENTOS QUE DEBE EFECTUAR LA EPS
12%	1 Punto	Subcuenta de solidaridad
	0,3 puntos	Reconocimiento y pago de las incapacidades originadas por enfermedad

⁵² SUPERINTENDENCIA, RECURSOS FINANCIEROS DEL SECTOR SALUD. Op. Cit., p. 27

	general de los afiliados cotizantes.
0.5 puntos	Girados a la Subcuenta de Promoción del FOSYGA o utilizados por EPS.
M	Valor de las licencias de maternidad en el mes anterior.

- **Valor reconocido por el Sistema de Seguridad en Salud**

(1/12) UPC por cada afiliado (cotizantes y beneficiarios) multiplicado por la estructura de costos aprobada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en esa vigencia fiscal, para cada rango de edad.

- **Saldo**

Diferencia entre los dos datos anteriores. Este saldo puede ser positivo o negativo. En el primer caso, la EPS transferirá ese valor a la Subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía. En el segundo caso, se presentará cuenta de cobro a la misma instancia por el monto correspondiente.

Como puede observarse, una EPS tiene el riesgo de generar un saldo negativo. O es posible que esté en la situación opuesta y su saldo sea positivo. Sin embargo debe aclararse que las cotizaciones no pertenecen a las EPS que las administran, toda vez que éstas operan como recaudadoras delegadas del Sistema de Seguridad Social en Salud.

La base de Cotización para liquidar el 12% se efectuará según el trabajador sea dependiente o independiente:

Trabajadores dependientes

- **Particulares.** Es el salario mensual que perciben según lo define el Código Sustantivo del Trabajo.
- **Servidores del sector público.** El que señale la Ley 4ª de 1992.
- **Trabajadores del servicio doméstico:** El ingreso resultante de aplicar la Ley 11 de 1988.
- **Trabajadores con salario integral.** El 70% de dicho salario.

La base de cotización no podrá ser inferior a un (1) salario mínimo legal vigente.

La base superior de cotización podrá ser limitada por el Consejo Nacional de Salud hasta veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Trabajadores independientes: Se establece su forma de calculo, mediante una presunción para lo cual se tendrán en cuenta las siguientes características del afiliado:

Nivel de educación

- Actividades económicas

- Región de operación,
- Patrimonio

Las Entidades Promotoras de Salud y en general todas aquellas entidades que están obligadas a efectuar compensación de cotizaciones en salud deberán presentar la declaración de giro y compensación, independientemente de su condición superávit aria o deficitaria .

Esta declaración deberá diligenciarse y entregarse mensualmente a la entidad fiduciaria administradora del FOSYGA, por medio de transmisión digital de datos o medios magnéticos, según las especificaciones que determine la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud y deberá anexar a está, la relación de los empleadores morosos en el pago de las cotizaciones obligatorias.

Las entidades obligadas a efectuar la compensación, deberán presentar el día hábil siguiente a la última fecha limite establecida para el pago de las cotizaciones, una declaración sobre las cotizaciones efectivamente recaudadas a esa fecha.

Si durante estos días la entidad promotora de salud recauda cotizaciones de periodos diferentes al mes en el cual se presenta la declaración, deberá relacionarlos por separado.

Deberá presentarse una declaración por cada uno de los meses correspondientes a las cotizaciones recaudadas. En todo caso no habrá lugar al reconocimiento de ninguna clase de interés a favor de la EPS ni a reajuste de la UPC por variaciones de un periodo anual a otro.

Si la entidad fiduciaria administradora del FOSYGA, detecta inconsistencias en las declaraciones, deberá solicitar por escrito, el mismo día de la presentación de la declaración, a la entidad reportante el ajuste de la información y la entidad sólo podrá acceder a los recursos del FOSYGA, en caso de ser deficitario, una vez presentado el ajuste correspondiente.

El Decreto 1013 de 1998, artículo 18, publicado en el Diario Oficial No. 43.316 del 8 de junio de 1998. Establece que las entidades promotores de salud que tengan recursos acumulados correspondientes a recaudos por concepto de cotizaciones sin identificar a mayo 31 de 1996, después de haber oportuna y efectivamente compensado sobre dichos periodos, deberán proceder a hacer la compensación sobre tales recursos, utilizando para el efecto los siguientes indicadores.

- a. Número de beneficiarios por cotizante incluido el cotizante: 2:04;
- b. Valor de la UPC: Promedio establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud correspondiente al año en el cual se generó el

ingreso. Este valor se aplicará para cada uno de los afiliados cotizantes y beneficiarios.

Y en el párrafo 1 expresa que las entidades promotoras de salud deberán remitir al FOSYGA, antes del 31 de agosto, una declaración especial de adición a través de la cual realicen una liquidación de saldos no conciliados conforme los criterios antes expresados. Sobre la base de esta información, el FOSYGA autorizará la operación de compensación en primer lugar, a aquellas entidades que sean superavitarias permitiendo de esta manera, la compensación respecto de entidades deficitarias en proporción a los recursos disponibles que resulten de las entidades superavitarias. Para este efecto, las entidades deficitarias tendrán derecho a la compensación en proporción directa al número de afiliados establecidos en el presente artículo.

El artículo 20 trata de los gastos de administración por recaudo de cotizaciones este artículo fue derogado expresamente por el Decreto 1013 de 1998, artículo 18, publicado en el Diario Oficial No. 43.316 del 8 de junio de 1998. El texto original del artículo es el siguiente: Las entidades promotores de salud deberán descontar mensualmente de los rendimientos que generen los recursos del sistema, los costos del recaudo, previa justificación ante el FOSYGA en los formatos que al efecto expida el

Ministerio de Salud. El descuento se hará como máximo hasta concurrencia del 50% de los intereses que produzca el manejo de tales recursos. Si resultaron saldos en contra de la entidad, tales saldos se podrán descontar al final del año, siempre que en todo caso los costos no excedan del 50% promedio ponderado de los rendimientos generados. En todo caso las entidades promotores de salud deberán utilizar los instrumentos que para el recaudo y administración de estos recursos ofrezcan la mayor rentabilidad en el mercado financiero.

3.1.1.2 Subcuenta de Solidaridad del régimen de subsidios de salud⁵³: Los recursos de esta subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al régimen subsidiario del sistema de seguridad social en salud, a través de la cofinanciación de los subsidios correspondientes.

La subcuenta de solidaridad contará con los siguientes recursos⁵⁴:

1. Un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, de conformidad con lo dispuesto en el literal a del artículo 203 y 221 de la Ley 100 que será girado por las entidades promotores de salud y demás

⁵³ LEY 100 de 1993. Op. Cit., Libro II, Título III, Capítulo III, Artículo 221

entidades obligadas a la subcuenta de solidaridad, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha límite establecida para el pago de cotizaciones.

2. El porcentaje de los recursos recaudados por concepto del subsidio familiar que administran las Cajas de Compensación Familiar, definido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, que podrá ser administrado de manera directa por éstas, previo cumplimiento de las normas establecidas para tal efecto. El 5% de los recaudos por subsidio familiar efectuados por las Cajas de Compensación Familiar. El 10% de los recaudos por las Cajas de Compensación familiar cuyo cociente sea superior al 100% del recaudo por subsidio familiar del respectivo año, entendiendo por tal cociente:

$$\text{(C1) Cociente de Caja} = \frac{\text{Monto de recaudos anuales para el subsidio}}{\text{Número promedio anual de personas a cargo}}$$

$$\text{(CT) Cociente nacional (Año anterior)} = \frac{\text{Total de recaudos para el subsidios}}{\text{Número promedio de personas a cargo}}$$

Condición del 10% : Sí C1 > CT

⁵⁴ Ibid, Decreto 1283 de 1996. Artículo 22

3. Un aporte del presupuesto nacional en los términos establecidos en el literal c) del artículo 221 de la Ley 100 de 1993. Un aporte del presupuesto nacional de la siguiente forma:

- En los años 1994, 1995 y 1996 no deberá ser inferior a los recursos generados por concepto de los literales a) y b) del artículo 221.
- A partir de 1997 podrá llegar a ser igual a los recursos generados por concepto del literal a) del presente artículo. A partir de 1998 no podrá ser inferior a un cuarto de punto de la cotización del régimen contributivo. Esta numeral es derogado por el artículo 160 de la Ley 508 de 1999> . Sin embargo esta ley fue declarada inexecutable por el Decreto 955 del 2000 por medio del cual se expidió el plan nacional de inversión .

4. Los rendimientos financieros generados por la inversión de los recursos anteriormente enunciados.

5. Los recursos provenientes del impuesto de remesas de unidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de la Zona Cusiana y Cupiagua. Estos recursos se deducirán de la base del cálculo de los ingresos corrientes a que hace referencia las Leyes 60 de 1993 y 223 de 1995.

6. Los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la Nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el CONPES;

7. Los recursos del IVA social destinados a los planes de ampliación de la cobertura de seguridad social a las madres comunitarias del ICBF de que trata la Ley 60. de 1992.

8. Las multas de que tratan el artículo 271 de la Ley 100 de 1993 y el numeral 25 del artículo 5 del Decreto Ley 1259 de 1994.

A la subcuenta de solidaridad ingresarán los recursos especiales⁵⁵ provenientes del impuesto social a las armas, definido en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993. Con ellos, se formará un fondo para financiar la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por Violencia, de la población afiliada al régimen subsidiario en los eventos no cubiertos por el POS-S y de aquella vinculada al sistema.

Una vez la totalidad de esta población se afilie efectivamente al sistema de seguridad social en salud y el POS-S se iguale al POS del régimen contributivo, estos recursos se destinarán a financiar la UPC establecida para el régimen subsidiario.

⁵⁵ Ibid, Decreto 1283 de 1996. Artículo 23

Estos recursos serán recaudados por INDUMIL y deberán girarse dentro de los primeros quince días calendario del mes siguiente, al FOSYGA, subcuenta de solidaridad.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá las prioridades para la asignación de los recursos provenientes del impuesto a las armas. Estos recursos se girarán previa contratación del Ministerio de Salud con las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Estos recursos únicamente podrán ser complementarios de los recursos que deben aportar las entidades territoriales para la financiación de las instituciones de salud que atiendan estos eventos.

El equivalente a una tercera parte de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada por cada uno de los afiliados, será girado en forma anticipada, cada cuatro meses a los Fondos Seccionales y Distritales de Salud, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos⁵⁶:

1. Creación por parte de las entidades territoriales de una cuenta especial dentro de los fondos seccionales, distritales y locales de salud para el manejo de subsidios en salud.

⁵⁶ Ibid, Decreto 1283 de 1996. Artículo 24

2. Acreditación ante la Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud, de la afiliación efectiva de la población beneficiaria de subsidios a las entidades administradoras autorizadas para tal efecto de conformidad con las normas vigentes.

3. Certificación de la Dirección Seccional de Salud en la cual conste que la población beneficiaria que se va a financiar con estos recursos no está financiada con recursos distintos, tales como, aquellos que destinen las cajas de compensación familiar para financiar el régimen de subsidios en salud cuando hayan sido autorizadas para administrarlos directamente.

4. Certificación de la Secretaría de Hacienda del respectivo distrito o municipio, o de la entidad que haga sus veces, sobre la disponibilidad presupuestal de los recursos correspondientes a los 15 puntos porcentuales de obligatoria destinación a subsidios a la demanda.

Para los municipios certificados como descentralizados en salud, el giro se efectuará directamente a los fondos locales de salud, previo el cumplimiento de los requisitos enunciados anteriormente.

Para efectos de acreditar la afiliación de la población beneficiaria de subsidios, las Direcciones de Salud deberán remitir copia del contrato o contratos suscritos con las Entidades Administradoras de Subsidios y

certificación sobre el número de afiliados y su distribución por grupo etéreo. No obstante la Dirección de Salud deberá tener a disposición inmediata del Ministerio de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud, los listados de afiliados en donde se relacione nombre, documento de identidad, fecha de nacimiento, sexo, lugar de residencia y nivel de SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales) o su equivalente, dependiendo del instrumento de identificación utilizado, siempre y cuando esté aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Estos recursos se liquidan sobre el mayor valor anual generado por el IVA desde 1993 y hasta 1997, y por una porción de la cuantía máxima de quince mil millones de pesos año. Son estos recursos los que sumados a otros de carácter territorial, financian el denominado régimen subsidiado de la seguridad social. Su forma de aplicarse a dicho régimen es mediante el mecanismo de cofinanciación de subsidios a los beneficiarios y bajo la modalidad de transferencias a las subcuentas de los departamentos, distritos y municipios que ellos deberán tener para ese fin⁵⁷.

3.1.1.3 Subcuenta de promoción de la salud: La subcuenta de promoción tiene por objeto financiar las actividades de educación,

⁵⁷ SUPERINTENDENCIA, RECURSOS FINANCIEROS DEL SECTOR SALUD. Op. Cit., p. 30

información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, de acuerdo con las prioridades que al efecto defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁵⁸.

La subcuenta de promoción se financiará con un porcentaje de la cotización, definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización de los afiliados al régimen contributivo⁵⁹.

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

Los recursos especiales para esta cuenta serán los recursos provenientes del impuesto social a las municiones y explosivos de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, ingresarán a la subcuenta de promoción de salud y se destinarán a la financiación de campañas de prevención de la violencia y de promoción de la convivencia pacífica, a nivel nacional y territorial⁶⁰.

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

⁵⁸ Ibid, Libro II, Título III, Capítulo 3, artículo 222

El valor per capita anual destinado al pago de las actividades de prevención de la enfermedad que realicen las entidades promotoras de salud, era definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y será cargado a los recursos de la subcuenta.

Para la compensación y declaración de giro de la compensación, las EPS harán un cruce mensual de cuentas, y girarán a la subcuenta de promoción, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la última fecha límite establecida para el pago de cotizaciones, la diferencia que resulte de restar del valor total recaudado por concepto del porcentaje autorizado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el valor correspondiente a una doceava parte del valor anual per capita reconocido a las EPS que desarrollen programas de prevención en los términos fijados por el CNSSS. En caso de ser deficitarias, el FOSYGA les girará la diferencia dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la presentación de la declaración⁶¹.

Los criterios y variables para la reasignación de los recursos los siguientes⁶²:

⁵⁹ Ibid, Decreto 1283 de 1996. Artículo 26

⁶⁰ Ibid, Decreto 1283 de 1996, Artículo 27.

⁶¹ Ibid , decreto 1286, artículo 29

⁶² Ibid, Acuerdo 48 de 1996

- Municipios de categorías 5 y 6 que presentan déficit de recursos para aseguramiento de la población beneficiaria a 31 de diciembre de 1995, según el Acuerdo No. 28.
- Diez por ciento (10%) de los municipios que presenten menor afiliación habiendo utilizado toda su capacidad asignada y que sean de categorías 5 y 6, o que no sean de estas categorías y hayan hecho esfuerzo propio.
- Municipios ubicados en zonas de conflicto cuya situación socioeconómica presenta deterioro.
- Capitales descentralizadas que hayan agotado su capacidad de afiliación.
- Municipios en los cuales se requiere ampliar cobertura para la población indígena y municipios que a la fecha han comprometido los recursos establecidos en la Resolución 2185 de 1996, para la afiliación de la población indígena.

El artículo 3 del acuerdo 48 de 1996 autoriza al Ministerio de Salud para distribuir los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - definidos en el artículo precedente.

Estos recursos se deberán destinar para realizar los ajustes correspondientes a la contratación actual para los meses de enero, febrero y marzo de 1997, para ampliar la cobertura del Régimen Subsidiado, para aumentar la cobertura de la población indígena y para pagar la afiliación contratada con cargo a los recursos de la Resolución 2185 de 1996.

Esta subcuenta no es sujeto de obligación para incluirse en el presupuesto general de la nación. Además de estos recursos no para promoción y fomento están establecidos los aportes del presupuesto nacional que se destinen a estas actividades y los que los municipios, distritos y departamentos deban destinar o destinen libremente a esos objetivos⁶³

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

a. Accidente de tránsito. Se entiende por accidente de tránsito al suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehículo automotor, en una vía

pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito causa daño en la integridad física de las personas.

b. Eventos terroristas ocasionados por bombas o artefactos explosivos. Son aquellos eventos producidos con bombas o artefactos explosivos que provocan pánico a una comunidad y daño físico a las personas y a los bienes materiales.

c. Catástrofes de origen natural. Se consideran catástrofes de origen natural aquellos cambios en el medio ambiente físico identificables en el tiempo y en el espacio, que afectan una comunidad, tales como sismos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamiento de tierra, inundaciones y avalanchas.

d. Otros eventos y expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que tengan origen natural o sean provocados por el hombre en forma accidental o voluntaria, cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce y que la afecten en forma masiva e indiscriminada, generando la necesidad de ayuda externa. Estos eventos deberán ser declarados como tales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

⁶³Recursos Financieros del Sector Tahúr. Op. Cit., p. 30.

La subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito se financia con los siguientes recursos:

1. Los recursos del FONSAT creado por el Decreto Ley 1032 de 1991:
 - a. Las transferencias efectuadas por las entidades aseguradoras autorizadas para operar el ramo de seguro obligatorio de daños corporales causador, a las personas en accidente de tránsito, correspondientes al 20% de las primas emitidas;
 - b. Aportes y donaciones en dinero o en especie de personas naturales y jurídicas nacionales o extranjeras;
 - c. Los rendimientos de sus inversiones;
 - d. Los demás que reciban a cualquier título.
2. Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, que se cobrará en adición a ella.
3. Los aportes presupuestales del Fondo de Solidaridad y emergencia social de la Presidencia de la república Para las víctimas del terrorismo, cuando éste fondo se extinga.

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

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

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

* Los servicios médico quirúrgicos comprenden las siguientes actividades:

* Atención de urgencias

* Hospitalización

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

* Suministro de medicamentos

* Tratamiento y procedimientos quirúrgicos

* Servicios de Diagnóstico

* Rehabilitación

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

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

3. Indemnización por muerte. En el caso de muerte como consecuencia de un evento catastrófico o de un accidente de tránsito, el Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá una indemnización equivalente a seiscientos (600) salarios mínimos legales diarios vigentes aplicables el momento del accidente o la ocurrencia del evento catastrófico, siempre y cuando la muerte se presente en un término no mayor de un año contado a partir de

la fecha del accidente o evento catastrófico. Esta indemnización se pagará de conformidad con las normas legales, al cónyuge, compañero o compañera permanente de la víctima en la mitad de la indemnización y a sus herederos en la mitad restante. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, la totalidad de la indemnización se distribuirá entre los herederos.

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

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

5. Transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía financiará los gastos de transporte y movilización de víctimas desde los sitios de ocurrencia del evento catastrófico o del accidente de tránsito al primer centro asistencial a donde sea llevada la víctima para efectos de su estabilización, hasta 10 salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del evento. Entre éste y el primer centro asistencial de

referencia, en los casos en que la complejidad de la patología y el nivel de atención así lo amerite, se pagará con las tarifas de la Institución que remite.

Los recursos de esta subcuenta se destinarán a:

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

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

3.1.2 ADMINISTRACION, CONTROL Y VIGILANCIA DE LOS RECURSOS⁶⁴

De conformidad con la ley, La Superintendencia Nacional de Salud se encarga del control y de ejercer la inspección, vigilancia y control sobre el manejo de las subcuentas del FOSYGA y deberá efectuar las investigaciones e imponer las sanciones correspondientes cuando a ello haya lugar.

Los recursos del FOSYGA que no hagan parte del presupuesto general de la nación se ejecutarán conforme al presupuesto aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Cuando se pretenda afectar los mencionados recursos, que correspondan a más de una vigencia fiscal para cubrir prestaciones que se realizarán en igual periodo, será necesaria una autorización especial, previa el compromiso, para comprometer vigencias

⁶⁴ Ley 100 de 1993. Op. Cit., Decreto 1283 de 1996. Artículo 45-52

futuras, que será expedida por el Ministerio de Salud, Dirección General de Gestión Financiera.

La Dirección General de Gestión Financiera - Subdirección del Fondo de Solidaridad y Garantía, expedirá los certificados de disponibilidad presupuestal para amparar los compromisos que se adquieran con cargo a los recursos indicados en el inciso anterior y realizará los respectivos registros presupuestales.

El portafolio de los recursos del FOSYGA solo podrá estar sujeto a las disposiciones sobre inversión forzosa en la medida en que no se afecte su liquidez y rentabilidad con el fin de poder garantizar el pago oportuno de los servicios de salud.

En cuanto a las vigencias futuras el artículo 48 del decreto 1283 del 1996 se dice que cuando se requiera adquirir obligaciones contra apropiaciones del Presupuesto General de la Nación que comprometan varias vigencias fiscales, será necesario obtener la autorización de vigencias futuras conforme a la ley orgánica de presupuesto.

Los recursos del FOSYGA destinados al pago de las remuneraciones causadas o que se causen a favor del administrador fiduciario se manejarán bajo el sistema de Unidad Financiera.

Las decisiones emanadas del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que tengan efectos fiscales, deberán adoptarse a través de actos administrativos en cuya suscripción participe el Ministerio de Hacienda.

El manejo y presentación de la información financiera deberá sujetarse a lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública Nacional.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar a las entidades administradoras del régimen general de pensiones todos los datos relacionados con el recaudo de aportes, con el fin de cruzar y verificar la información, para determinar la evasión y elusión en el recaudo del régimen de salud.

3.1.2.1 Presupuesto del FOSYGA: Presupuesto del FOSYGA para los últimos 4 años fue de la siguiente manera:

Presupuesto para 1997⁶⁵ : El presupuesto vigente para 1997 después de todas las modificaciones aprobadas quedó consignado en el Acuerdo 075 de 1997 del CNSSS, Por el cual se modifica el Acuerdo No. 70 del Consejo de la siguiente manera:

⁶⁵ Ibid, Acuerdo 075 de 1997

El Consejo Nacional De Seguridad Social En Salud en uso de sus atribuciones legales conferidas por la Ley 100 de 1993, numeral 12 del artículo 172 y el Decreto 1283 de 1996, artículo 6 y, CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con el comportamiento del proceso de compensación en el período enero - octubre de 1997 el cual presenta una ejecución del 93%, se hace necesario realizar un traslado presupuestal dentro de esta subcuenta.

Que existen recursos aprobados en la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, que en virtud de la Ley 344 de 1996 estaban destinados a compensar el faltante por disminución del situado fiscal, en el monto establecido en el Decreto 2062 de 1997. Que el Decreto 2445 de 1997 modificó el Decreto 2062 de 1997, efectuando una reducción menor a la inicialmente establecida, por lo que es necesario trasladar, dentro de la misma subcuenta, los recursos no utilizados para su ejecución.

Que para dar cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 1283 de 1996 y garantizar el funcionamiento integral del FOSYGA, es necesario realizar un traslado presupuestal al concepto Dirección General, para el pago de la comisión fiduciaria, cuya base de liquidación cambia, a partir del 1o. de julio de 1997, como resultado del proceso licitatorio y contratación del nuevo administrador fiduciario, del 5% o sobre el recaudo, al 3.49% sobre los rendimientos financieros, acordó: de

Modificar, el presupuesto de Ingresos y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía aprobado en el Acuerdo 70 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Y Realizar un traslado, dentro de la subcuenta de Compensación, al concepto déficit Recaudo UPC, para garantizar en el proceso de compensación, el pago a las EPS deficitarias.

También se decide realizar un traslado, dentro de la subcuenta de Solidaridad del valor no utilizado por concepto de Faltante Disminución Situado Fiscal. Y Realizar traslados dentro de las subcuentas de Compensación, Promoción, Solidaridad y Ecat, al concepto Dirección General, con el propósito de garantizar el cumplimiento y desarrollo de los objetivos del FOSYGA y el pago de la comisión al administrador fiduciario.

Las modificaciones establecidas se harán así:

CONTRACREDITO	(Miles de pesos)
COMPENSACION	
SOSTENIBILIDAD DE LA COMPENSACION	8.181.000
PROMOCION	
PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION	20.000
SOLIDARIDAD	
FALTANTE DISMINUCION SITUADO FISCAL	4.969.518

ECAT	
REASEGUROS - RESERVA ESPECIAL	433.000
TOTAL CONTRACREDITO	13.603.518

CREDITO	(Miles de pesos)
COMPENSACION	
DEFICIT RECAUDO UPC	8.000.000
DIRECCION GENERAL	181.000
TOTAL COMPENSACION	8.181.000

PROMOCION	
DIRECCION GENERAL	20.000
TOTAL PROMOCION	20.000

SOLIDARIDAD	
SUBSIDIO A LA DEMANDA	
REGIMEN SUBSIDIADO	4.759.518
DIRECCION GENERAL	210.000
TOTAL SOLIDARIDAD	4.969.518

ECAT	
DIRECCION GENERAL	433.000

TOTAL	433.000
-------	---------

TOTAL CREDITO	13.603.518
---------------	------------

Efectuadas las anteriores modificaciones el presupuesto del FOSYGA para el año 1997, quedó así:

SUBCUENTA COMPENSACION

INGRESOS **(Miles de pesos)**

SUPERAVIT RECAUDO UPC	72.280.000
-----------------------	------------

RENDIMIENTOS FINANCIEROS	29.705.000
RECURSOS BALANCE-EXCEDENTES FINANCIEROS 1996	72.910.805
TOTAL INGRESOS	174.895.805

GASTOS

DEFICIT RECAUDO UPC	74.342.000
SOSTENIBILIDAD DE LA COMPENSACION	99.618.85
DIRECCION GENERAL	935.000
TOTAL GASTOS	174.895.805

SUBCUENTA PROMOCION

INGRESOS

(Miles de pesos)

SUPERAVIT COMPENSACION DEL 0.5	
PUNTOS DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	8.872.000
IMPUESTO A LAS MUNICIONES	1.211.000
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	1.049.000
RECURSOS BALANCE EXCEDENTES FINANCIEROS 1996	9.865.426
TOTAL INGRESOS	20.997.426

GASTOS

PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION	18.318.084
PREVENCION DE LA VIOLENCIA Y PROMOCION	

DE LA CONVIVENCIA PACIFICA	2.546.342
DIRECCION GENERAL	133.000
TOTAL GASTOS	20.997.426

SUBCUENTA SOLIDARIDAD

INGRESOS

PUNTO DE COTIZACION	2.605.000
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	16.951.000
IMPUESTO A LAS ARMAS	2.269.000
RECURSOS BALANCE-EXCEDENTES FINANCIEROS 1995	96.114.800
RECURSOS BALANCE-EXCEDENTES FINANCIEROS 1996	57.400.000
TOTAL INGRESOS	409.533.800

GASTOS

SUBSIDIO A LA DEMANDA -REGIMEN SUBSIDIADO	354.890.256
SUBSIDIO A LA DEMANDA -COMUNIDADES INDIGENAS	5.000.000
OTROS EVENTOS DE TRAUMA MAYOR POR VIOLENCIA	4.614.062
DIRECCION GENERAL	3.200.000
FALTANTE DISMINUCION SITUADO FISCAL	41.829.482
TOTAL GASTOS	409.533.800

SUBCUENTA ECAT

INGRESOS

FONSAT 20%		17.201.000
SOAT 50%		40.136.000
RENDIMIENTOS FINANCIEROS		5.417.000
RECURSOS BALANCE EXCEDENTES FINANCIEROS 1995		50.955.100
RECURSOS	BALANCE-EXCEDENTES	FINANCIEROS
75.357.906	TOTAL	INGRESOS
189.067.006		

GASTOS

VICTIMAS DE ATENTADOS Y CATASTROFES	9.402.000
VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO	25.460.000
EXCEDENTES VICTIMAS ACCIDENTES DE TRANSITO	5.997.000
REASEGUROS - RESERVA ESPECIAL	34.487.000
GASTOS RECUPERACION PROCESOS DE REPETICION	750.000
DIRECCION GENERAL	1.188.000
FORTALECIMIENTO RED DE URGENCIAS	36.425.100
SERVICIOS ASISTENCIALES A LA POBLACIÓN VINCULADA NO AMPARADA POR BENEFICIOS DE LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	75.357.906
TOTAL GASTOS	189.067.006

TOTAL PRESUPUESTO INGRESOS Y GASTOS FOSYGA 794.494.037

Presupuesto para 1998⁶⁶ : El presupuesto vigente para 199 después de todas las modificaciones aprobadas quedó consignado en el Acuerdo 112 de 1998 del CNSSS, Por el cual se modifica el Acuerdo No. 98 del Consejo de la siguiente manera:

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD En uso de sus atribuciones legales conferidas por la Ley 100 de 1993, numeral 12 del artículo 172 y el Decreto 1283 de 1996, artículo 6o. y CONSIDERANDO: Que el Decreto 1283 de 1996 en el artículo 6o. numeral 2 establece como una de las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud "Aprobar el presupuesto anual de ingresos y gastos del FOSYGA presentado a su consideración por la Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud y sus modificaciones. Allíj se indicar n en forma global los requerimientos presupuéstales por concepto de apoyo técnico, auditoria y remuneraciones fiduciarias necesarios para garantizar el manejo integral del FOSYGA y se detallar n los ingresos y gastos de cada una de las subcuentas.

Que el Decreto 111 de 1996 en su artículo 123 establece: "Los recursos que se producen a favor del Fondo de Solidaridad y Garantía en desarrollo del mecanismo de compensación y promoción de que trata el artículo 220 de la

Ley 100 de 1993, no se constituirán en sujeto de obligación de incluirse en el Presupuesto General de la Nación.

El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y crédito Público expidió el Decreto No. 1736 del 21 de agosto de 1998 "Por el cual se efectúa una reducción en el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 1998", en el cual se reduce el Presupuesto de Ingresos y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta de Solidaridad Fondos Especiales en \$50.000 millones, por lo cual se requiere ajustar el Presupuesto del FOSYGA en este mismo valor.

Que teniendo en cuenta las metas previstas con respecto a la disponibilidad de recursos de afiliación al Régimen Subsidiado, esta reducción no afecta la continuidad y la ampliación de la cobertura en la presente vigencia y con base en las previsiones, este valor no estaba comprometido con el propósito de garantizar la financiación y sostenibilidad de la afiliación en 1.999.

Que teniendo en cuenta que en la Subcuenta de compensación del Régimen Contributivo, el comportamiento del recaudo por concepto de superávit UPC en el periodo enero - septiembre de 1998, representa una ejecución del

⁶⁶Ibid. Acuerdo 112 de la CNSS, de 1998

151% con respecto a lo apropiado, se requiere ajustar el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta de compensación con un reafloro de ingresos por concepto de superávit UPC y su aplicación respectiva en el gasto por concepto de pago del déficit en el proceso de compensación.

Que teniendo en cuenta que en la Subcuenta de promoción el comportamiento del recaudo por concepto de los 0.5 puntos del Régimen Contributivo del periodo enero - septiembre de 1998, representa el 166.5%, y los rendimientos financieros de este mismo periodo representan el 281.6% con respecto a lo apropiado, se hace necesario realizar un traslado presupuestal dentro de esta subcuenta para ajustar el concepto "Apoyo técnico, auditoria y remuneración fiduciaria".

Que para mejorar la facturación de los hospitales, respondiendo a los esfuerzos en la gestión administrativa, dinamizar y fortalecer la ejecución y operación de la Subcuenta ECAT, se requiere ajustar la asignación interna de recursos, con el fin de facilitar el flujo de pagos por servicios prestados, teniendo en cuenta que en el periodo enero - septiembre de 1998 la ejecución por concepto de atención a víctimas de accidentes de tránsito representa el 53%, y por concepto de pago de excedentes a víctimas de

accidentes de tránsito el 78.45%, debe existir apropiación suficiente para el pago de las reclamaciones devueltas durante la presente vigencia y las reclamaciones proyectadas para el periodo octubre - diciembre de 1998.

Que teniendo en cuenta que el concepto de Reaseguro Reserva Especial - Ajuste, tiene como objeto garantizar el pago de indemnizaciones y excedentes a las víctimas de accidentes de tránsito y la atención integral a víctimas de eventos catastróficos y terroristas, una vez agotados los recursos asignados a estos conceptos, se traslada de Reserva Especial \$6.500 millones, para incrementar la apropiación del concepto atención víctimas de Accidentes de Tránsito en \$ 3.500 millones y Excedentes víctimas de Accidentes de Tránsito en \$ 3.000 millones.

Se acuerda modificar, el presupuesto de Ingresos y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía aprobado en el Acuerdo No. 98 por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, así:

A.- reducción del presupuesto de ingresos y gastos de la Subcuenta de Solidaridad en \$50.000 millones así:

Subcuenta de Solidaridad **(Miles de pesos)**

Ingresos

Punto		de		Cotización
22.620.000		Rendimientos		financieros
3.380.000	Excedentes		financieros	1997
24.000.000	Total	reducción	de	Ingresos
50.000.000				

Gastos

Subsidio a la Demanda- Régimen Subsidiado	50.000.000
Total reducción de gastos	50.000.000

B.- Reafloro del Presupuesto de Ingresos y adición del Presupuesto de Gastos de la Subcuenta de compensación, concepto de ingresos Superávit Recaudo UPC \$100.000 millones y el concepto de gasto Pago Proceso de compensación en el mismo valor.

SUBCUENTA COMPENSACION

(Miles de pesos)

INGRESOS

SUPERAVIT RECAUDO UPC	100.000.000
TOTAL INGRESOS	100.000.000

EGRESOS

PAGO PROCESO COMPENSACION	100.000.000
TOTAL EGRESOS	100.000.000

C. -Traslado en el presupuesto de gastos de la subcuenta de promoción, del concepto "Programas de promoción y Prevención" al concepto " Apoyo técnico auditoria y remuneración Fiduciaria."

CONTRACREDITO**(Miles de pesos)****SUBCUENTA DE PROMOCION**

GASTOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION	100.000
TOTAL CONTRACREDITO	100.000

CREDITO**(Miles de pesos)**

GASTOS Apoyo técnico auditoria y remuneración Fiduciaria	100.000
TOTAL CREDITO	100.000

D.- Traslado en el presupuesto de gastos de la Subcuenta ECAT del Concepto Reserva Especial - Ajuste a los conceptos victimas de Accidentes de Tránsito y Excedentes victimas de Accidentes de Tránsito.

CONTRACREDITO (Miles de pesos)

SUBCUENTA DE ECAT

REASEGURO RESERVA ESPECIAL

Reserva Especial-Ajuste	6.500.000
TOTAL CONTRACREDITO	6.500.000

CREDITO

GASTOS

victimas de Accidentes de Tránsito	3.500.000
Excedentes victimas Accidentes de Tránsito	3.000.000
TOTAL CREDITO	6.500.000

Efectuadas las anteriores modificaciones el presupuesto del FOSYGA para el año 1998, quedó asj:

SUBCUENTA COMPENSACION (Miles de pesos)

INGRESOS

SUPERAVIT RECAUDO UPC	258.243.000
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	35.988.000
EXCEDENTES FINANCIEROS 1997	128.439.224
TOTAL INGRESOS	422.670.224

GASTOS

PAGO PROCESO COMPENSACION	420.255.224
PAGO OTROS EVENTOS	326.440
PAGO FALLOS DE TUTELA	173.560
APOYO, AUDITORIA, REMUNERACION FIDUCIARIA	1.915.000
TOTAL GASTOS	422.670.224

SUBCUENTA SOLIDARIDAD

(Miles de pesos)

INGRESOS

PUNTO DE COTIZACION	275.629.000
APORTES DEL PRESUPUESTO NACIONAL	133.371.000
IMPUESTO A LAS ARMAS	2.587.000
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	42.168.000
EXCEDENTES FINANCIEROS 1997	142.084.240
TOTAL INGRESOS	595.839.240

GASTOS

SUBSIDIO A LA DEMANDA - REGIMEN SUBSIDIADO	588.561.267
OTROS EVENTOS DE TRAUMA MAYOR POR VIOLENCIA	2.619.973
CAJAS DE COMPENSACION Y CAJA DE PREVISION	

SOCIAL SANTAFE DE BOGOTA- REINTEGROS	186.000
APOYO, AUDITORIA Y REMUNERACION FIDUCIARIA	4.472.000
TOTAL GASTOS	595.839.240

SUBCUENTA PROMOCION

(Miles de pesos)

INGRESOS

SUPERAVIT

COMPENSACIÓN 0.5 PUNTOS REGIMEN CONTRIBUTIVO	15.062.000
IMPUESTO A LAS MUNICIONES	1.381.000
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	2.528.000
EXCEDENTES FINANCIEROS 1997	13.459.919
TOTAL INGRESOS	32.430.919

GASTOS

PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION	27.104.344
PREVENCION DE LA VIOLENCIA Y	
PROMOCION DE LA CONVIVENCIA PACIFICA	4.892.135
PAGO FALLOS DE TUTELA	26.440
APOYO TECNICO, AUDITORIA Y REMUNERACIÓN FIDUCIARIA	408.000
TOTAL GASTOS	32.430.919

SUBCUENTA ECAT

(Miles de pesos)

INGRESOS

FONSAT 20%	26.582.000
SOAT 50%62.0	24.000
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	44.031.000
EXCEDENTES FINANCIEROS 1997	117.885.969
TOTAL INGRESOS	250.522.969

GASTOS

VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO	26.992.797
EXCEDENTES VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO	
7.814.000 VICTIMAS DE ATENTADOS Y CATASTROFES	
4.330.000	

PROGRAMAS INSTITUCIONALES

FORTALECIMIENTO RED DE URGENCIAS	50.000.000
PROGRAMA-ATENCION POBLACION DESPLAZADA	15.000.000
ASEGUROS - RESERVA ESPECIAL	24.209.000
REASEGURO - RESERVA ESPECIAL - EXCEDENTES	
VICTIMAS DE ATENTADOS CATASTROFES	10.013.000
IA	5.500.000
RESERVA ESPECIAL - AJUSTE	8.696.000

PROCESOS DE REPETICION	1.500.000
APOYO TECNICO, AUDITORIA Y REMUNERACION FIDUCIARIA	2.791.000
SERVICIOS ASISTENCIALES A LA POBLACION VINCULADA NO AMPARADA POR LOS BENEFICIOS DE LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	117.885.969
PAGO FALLOS DE TUTELA	203.000
GASTOS	250.522.969
TOTAL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS DEL FOSYGA	1.301.463.352

Presupuesto para 1999 : El presupuesto vigente para 1999 después de todas las modificaciones aprobadas quedó consignado en el Acuerdo 112 de 1998 del CNSSS, Por el cual se modifica el Acuerdo No. 98 del Consejo de la siguiente manera⁶⁷:

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud considerando que el Congreso de la República aprobó la Ley 529 de 1999 "Por la cual se efectúan unas modificaciones en el Presupuestal de Rentas y Recursos de

Capital y en la Ley de Aprobaciones para la vigencia fiscal de 1999" en la cual se adicionan los excedentes financieros de la Subcuenta de Promoción, provenientes del impuesto social a las Municiones y Explosivos que hace parte del Presupuesto General de la Nación.

Que el Congreso de la República aprobó la Ley 530 de 1999 "Por medio de la cual se destinan los recursos excedentes de la vigencia 1998 de la Subcuenta de Seguros de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía y Salud. Igualmente se destina el 50% de los recursos excedentes de la vigencia 1998 de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía y otras disposiciones".

Que el Congreso de la República aprobó la Ley 531 de 1999 " Por la cual se decreta una adición al presupuesto de rentas y recursos de capital y a la ley de apropiaciones para la vigencia fiscal de 1999" en la cual se incluyen los excedentes financieros de la subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito y de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía que hacen parte del Presupuesto General de la Nación.

⁶⁷ Ibid, acuerdo 152 del CNSSS de 1999

Que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público expidió el Decreto 2168 del 4 de noviembre de 1999, por el cual se liquida la Ley 529 del 29 de octubre de 1999 y el Decreto 2238 del 11 de noviembre de 1999 por el cual se liquida la Ley 531 del 2 de noviembre de 1999.

Que con base en los Estados Financieros a 31 de diciembre de 1998 en las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, que hacen parte del Presupuesto General de la Nación, se liquidaron excedentes financieros en la Subcuenta de Promoción por valor de \$956.140.059, en la Subcuenta de Solidaridad por valor de \$127.560.071.330 de los cuales mediante la Ley 531 se adicionaron \$63.780.000.000 y en la Subcuenta de ECAT por valor de \$87.497.006.301. Que en virtud de lo anterior se adiciona el Presupuesto de Ingresos y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Se acuerda, Adicionar, el presupuesto de Ingresos y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía aprobado en el Acuerdo 150 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Subcuentas de Promoción, Solidaridad y ECAT por valor de \$ 152.233.146.360 asj:

SUBCUENTA PROMOCION

INGRESOS	(Miles de pesos)
EXCEDENTES FINANCIEROS 1998	956.140
TOTAL ADICION INGRESOS	956.140

EGRESOS

PREVENCION DE LA VIOLENCIA Y PROMOCION DE LA CONVIVENCIA PACIFICA	956.140
TOTAL EGRESOS	956.140

SUBCUENTA SOLIDARIDAD

INGRESOS	(Miles de pesos)
EXCEDENTES FINANCIEROS 1998	63.780.000
TOTAL ADICION INGRESOS	63.780.000

EGRESOS

ATENCION POBLACION VINCULADA Y EVENTOS NO CUBIERTOS POR EL POS-SUBSIDIADO	63.780.000
TOTAL ADICION DE GASTOS	63.780.000

SUBCUENTA ECAT

INGRESOS

EXCEDENTES FINANCIEROS 1998	87.497.006
TOTAL ADICION INGRESOS	87.497.006

EGRESOS

MEJORAMIENTO, FORTALECIMIENTO Y AJUSTE EN LA GESTION DE LA IPSS DE II Y III NIVEL DE COMPLEJIDAD DEL PAIS	87.497.006
TOTAL EGRESOS	87.497.006

Efectuadas las anteriores modificaciones el presupuesto del FOSYGA para el año 1999, quedó así:

SUBCUENTA DE COMPENSACION

INGRESOS	(Miles de pesos)
SUPERAVIT RECAUDO UPC	176.497.811
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	28.184.609
EXCEDENTES FINANCIEROS	221.293.165
TOTAL INGRESOS	425.975.585
GASTOS	
PAGO PROCESO DE COMPENSACION	421.628.962
PAGO OTROS EVENTOS	420.968
PAGO FALLOS DE TUTELA	79.032

APOYO, AUDITORIA Y REMUNERACION FIDUCIARIA	3.846.623
TOTAL GASTOS	425.975.585

SUBCUENTA PROMOCION

INGRESOS (Miles de pesos)

SUPERAVIT COMPENSACION DEL 0.5 PUNTOS DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	15.983.433
IMPUESTO SOCIAL A LAS MUNICIONES Y EXPLOSIVOS	1.148.528
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	4.397.258
EXCEDENTES FINANCIEROS 1998	54.137.935
TOTAL INGRESOS	75.667.154

GASTOS (Miles de pesos)

PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION PREVENCION DE LA VIOLENCIA Y PROMOCION DE LA CONVIVENCIA PACIFICA	72.674.931
APOYO, AUDITORIA Y REMUNERACION FIDUCIARIA	887.555
TOTAL GASTOS	75.667.153

SUBCUENTA SOLIDARIDAD

INGRESOS (Miles de pesos)

PUNTO DE COTIZACION	336.362.853
APORTE DEL GOBIERNO NACIONAL	84.500.000
CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR	2.628.840
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	75.718.461
IMPUESTO SOCIAL A LAS ARMAS	909.694
EXCEDENTES FINANCIEROS 1998	63.780.000
TOTAL INGRESOS	563.899.848

GASTOS

SUBSIDIO A LA DEMANDA-REGIMEN SUBSIDIADO	493.741.340
OTROS EVENTOS DE TRAUMA MAYOR POR VIOLENCIA	1.112.343
PAGO FALLOS DE TUTELA	550
ATENCION POBLACION VINCULADA Y	
EVENTOS NO CUBIERTOS POR EL POS-S	63.780.000
APOYO, AUDITORIA Y REMUNERACIÓN FIDUCIARIA.	5.265.615
TOTAL GASTOS	563.899.848

SUBCUENTA ECAT

INGRESOS

(Miles de pesos)

FONSAT 20%	28.371.348
SOAT 50%	71.846.203
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	33.180.924

EXCEDENTES FINANCIEROS 1998	87.497.006
TOTAL	220.895.481
GASTOS	
RECLAMACIONES VICTIMAS ACCIDENTES DE TRANSITO	40.375.884
RECLAMACIONES VICTIMAS DE ACCIONES TERRORISTAS	1.679.418
RECLAMACIONES VICTIMAS CATASTROFES NATURALES	16.143.382
PROGRAMAS INSTITUCIONALES - FORTALECIMIENTO RED DE URGENCIAS	36.499.895
PROGRAMA ATENCION POBLACION DESPLAZADA	10.000.000
REASEGURO RESERVA ESPECIAL	25.030.901
RESERVA ESPECIAL EXCEDENTES VICTIMAS ATENTADOS Y CATASTROFES	12.200.000
RESERVA ESPECIAL- AJUSTE	12.830.901
RECUPERACION PROCESOS DE REPETICION	1.500.000
PROGRAMA REESTRUCTURACION HOSPITALES	87.497.006
APOYO, AUDITORIA Y REMUNERACIÓN FIDUCIARIA	2.168.995
TOTAL GASTOS SUBCUENTA ECAT	220.895.481
TOTAL PRESUPUESTO INGRESOS Y GASTOS FOSYGA	1.286.438.068

Presupuesto para el 2000 : El presupuesto vigente para el 2000 después de todas las modificaciones aprobadas quedó consignado en el Acuerdo 163 de 2000 del CNSSS, con el cual se modifica el acuerdo 160 del 2000 de la siguiente manera⁶⁸:

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud aprobó en sesión del 12 de enero del 2000, mediante el Acuerdo 160, el Presupuesto de Ingresos y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA para la vigencia del año 2000; Que el Acuerdo 160 contiene errores de transcripción en las cifras de los siguientes conceptos: Superávit Recaudo UPC de la Subcuenta de Compensación la cual quedó en \$483.857.845.587 siendo el valor correcto \$483.857.845.586; Total de los Ingresos de la Subcuenta de Promoción la cual quedó en \$69.799.157.640, siendo el valor correcto \$69.799.127.640 y en Rendimientos Financieros de la Subcuenta de ECAT, el cual quedó en \$26.664.627.000 correspondiendo un valor de \$29.664.627.000;

Que se hace necesario aclarar las cifras en los respectivos conceptos de cada una de las Subcuentas del Presupuesto de Ingresos y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía, afectadas con los errores anteriormente mencionados; Que las anteriores aclaraciones no alteran el total del

⁶⁸ Ibid, Acuerdo 163 del CNSSS, del 2000

Presupuesto de Ingresos y Gastos del Fosyga, ni el techo presupuestal definido para las cuentas que hacen parte del Presupuesto General de la Nación, en la Ley 547 de 1999, por la cual se decreta el Presupuesto de Rentas y Recursos de Capital y Ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del año 2000.

Y se acuerda: Aclarar el Acuerdo 160 del CNSSS por el cual se aprueba el Presupuesto de Ingresos y Gastos del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga así:

- Subcuenta Compensación - Superávit Recaudo UPC \$483.857.845.586
- Total de Ingresos y Gastos de la Subcuenta de Compensación \$567.145.845.586
- Subcuenta de Promoción - Total de Ingresos \$69.799.127.640
- Rendimientos financieros de la Subcuenta de ECAT \$29.664.627.000

Aclaradas las anteriores cifras el presupuesto de ingresos y gastos del Fosyga para la vigencia del año 2000 quedar así:

Subcuenta de compensación

Ingresos

Superávit recaudo UPC	483.857.845.586
Rendimientos financieros inversiones	63.321.000.000
Rendimientos financieros cuentas recaudo EPS	19.967.000.000
Total ingresos	567.145.845.586

Gastos

Pago proceso de compensación	537.176.162.475
Pago otros eventos y fallos de tutela	20.000.000.000
Régimen Especial Madres Comunitarias	7.000.000.000
Apoyo, auditoria y remuneración fiduciaria	2.969.683.111
Total gastos	567.145.845.586

Subcuenta de Promoción

Ingresos

Superávit compensación del 0.5 puntos del régimen contributivo	45.502.746.640
Impuesto social a las municiones y explosivos	1.263.381.000
Rendimientos financieros	23.033.000.000
Total ingresos	69.799.127.640

Gastos

Programas de promoción y prevención	67.809.071.597
Prevención de la violencia y promoción de la Convivencia Pacífica	1.263.381.000
Apoyo, auditoria y remuneración fiduciaria	726.675.043
Total gastos	69.799.127.640

Subcuenta Solidaridad

Ingresos

Punto de cotización	363.756.745.688
Aporte del PPTO Nacional 2a. cuota deuda Paripassu	96.600.000.000
Cajas de Compensación Familiar	1.968.998.295
Rendimientos financieros	38.570.151.981
Impuesto social a las armas	1.286.530.036
Total ingresos	502.182.426.000

Gastos

Subsidio a la demanda	496.457.680.874
-Régimen subsidiado	342.730.000.000
-Pago déficit Reg. Subsid. Cajas de Compens. Fliar.	500.000.000
-Regimen especial Madres Comunitarias	12.000.000.000 –

Régimen subsidiado (reserva sostenibilidad año 2001)	141.227.680.874
Otros eventos de trauma mayor por violencia	1.286.530.036
Pago otros eventos y fallos de tutela	100.000.000
Apoyo, auditoria y remuneración fiduciaria	4.338.215.090
Total gastos	502.182.426.000

Subcuenta ECAT

Ingresos

Fonsat 20%	25.365.458.000
SOAT 50%	64.234.126.000
Rendimientos Financieros	29.664.627.000
Total ingresos	119.264.211.000

Gastos

Reclamaciones víctimas accidentes de tránsito	44.413.472.400
Reclamaciones víctimas de acciones terroristas	1.847.359.800
Reclamaciones víctimas de catástrofes naturales	17.757.720.200
Programas institucionales-fortalecimiento red de urgencias	13.855.833.750
Programa atención población desplazada	9.624.318.059
Reaseguro reserva especial	27.533.991.000
Reserva especial excedentes víctimas	

atentados y catástrofes	13.420.000.000
Reserva especial-ajuste	14.113.991.100
Recuperación procesos de repetición	1.650.000.000
Apoyo, auditoria y remuneración fiduciaria	2.581.515.691
Total gastos	119.264.211.000
Total presupuesto ingresos y gastos Fosyga	1.258.391.610.226

3.2 CAPITULO II: FONDO DEL PASIVO PRESTACIONAL DEL SECTOR SALUD⁶⁹

Los departamentos, distritos y municipios acumularon una deuda prestacional con los servidores de la salud causada o acumulada a diciembre de 1993 por conceptos de cesantías, reservas para pensiones de jubilación. Para contribuir a su saneamiento por parte de la Nación-Ministerio de Salud, se creó el Fondo del Pasivo Prestacional. Y tiene las siguientes características⁷⁰:

- Le permite a la nación concurrir a sanear parte del pago de la deuda.

⁶⁹ LEY 60 de 1993, Op. Cit., Artículo 33.

⁷⁰ RECURSOS FINANCIEROS DEL SECTOR SALUD. Op. Cit., p.31.

- Es una cuenta especial de la salud de aquellas sin personería jurídica.
- Tiene independencia contable y estadística.
- Su liquidación se hará efectiva cuando se extingan las obligaciones contraídas por la Nación, por haberse constituido el total de las reservas que garanticen su pago efectivo.

La ley 60 de 1993 en su artículo 33 legisla en relación al Fondo del pasivo prestacional de los servidores del sector salud, como una cuenta especial de la Nación, con independencia contable y estadística, con las siguientes características:

1. El Fondo Prestacional garantizará el pago del pasivo prestacional por concepto de cesantías, reservas para pensiones y pensiones de jubilación, causadas hasta el fin de la vigencia presupuestal de 1993, de los servidores pertenecientes a las entidades o dependencias de que trata el numeral 2o. del presente artículo, que se encuentren en los siguientes casos:

a. No afiliados a ninguna entidad de previsión y seguridad social, cuya reserva para cesantías o pensiones de jubilación no se haya constituido total o parcialmente, excepto cuando las reservas constituidas con anterioridad a la vigencia de la presente ley se destinen a fin distinto al pago de cesantías y pensiones.

b. Afiliados a entidades de previsión y seguridad social pero cuyos aportes no hayan sido cancelados o hayan sido cancelados parcialmente, excepto cuando la interrupción de los pagos respectivos se haya producido con posterioridad a la vigencia de esta ley, o cuando las reservas se hayan destinado a otro fin.

c. Afiliados o pensionados de las entidades de previsión y seguridad social cuyas pensiones sean compartidas con las instituciones de salud, correspondiendo al Fondo el pago de la diferencia que se encuentre a cargo de la entidad de salud cuya reserva para cesantías o pensiones de jubilación no se haya constituido total o parcialmente, excepto cuando las reservas constituidas con anterioridad a la vigencia de la presente ley se destinen a fin distinto al pago de cesantías y pensiones.

2. Son beneficiarios del Fondo y tienen derecho a exigir el pago de la deuda de sus pasivos prestacionales, los servidores mencionados en el numeral 1o. del presente artículo que pertenezcan a las siguientes entidades o dependencias del sector salud:

a. A las instituciones o dependencias de salud que pertenezcan al subsector oficial del sector salud.

b. A entidades del subsector privado del sector salud cuando se trate de instituciones que hayan estado sostenidas y administradas por el Estado, y aquellas privadas que se liquiden y cuyos bienes se destinen a una entidad pública.

c. A las entidades de naturaleza jurídica indefinida del sector salud cuando se trate de instituciones que hayan estado sostenidas y administradas por el estado, o que se liquiden y cuyos bienes se destinen a una entidad pública.

3. La responsabilidad financiera para el pago del pasivo prestacional de los servidores de las entidades o dependencias identificadas en el numeral 2, reconocida en los términos de la presente ley, se establecerá mediante un reglamento expedido por el gobierno nacional que define la forma en que deberán concurrir la Nación y las entidades territoriales, para cuyo efecto se tendrá en cuenta la proporción en que han concurrido los diversos niveles administrativos a la financiación de las entidades y dependencias del sector salud de que trata el presente artículo, la condición financiera de los distintos niveles territoriales y la naturaleza jurídica de las entidades.

4. El Fondo se financiará con los siguientes recursos:

- a. Un 20% de las utilidades de ECOSALUD.
- b. Un porcentaje de los rendimientos, que fije el gobierno nacional, proveniente de las inversiones de los ingresos obtenidos en la venta de activos de las empresas y entidades estatales.
- c. Las partidas del presupuesto general de la Nación que se le asignen.

La metodología para definir el valor de los pasivos prestacionales y los términos de la concurrencia financiera para su pago será establecida mediante reglamento por el gobierno nacional. Ese reglamento además caracterizará la deuda del pasivo prestacional, la forma de manejo del Fondo, al igual que su organización, dirección y demás reglas de funcionamiento, en un periodo no mayor a los seis meses siguientes de expedida la presente ley.

El Gobierno Nacional y los Gobiernos Departamentales, Distritales y Municipales podrán emitir bonos de reconocimiento u otros títulos de deuda pública para pagar el pasivo prestacional según reglamento que para el efecto se expida. Los pagos del pasivo prestacional por cesantías y pensiones podrán ser hechos a los fondos privados de cesantías y pensiones, a las cajas de previsión, al Instituto de Seguros Sociales o a los Fondos Territoriales que para el efecto se creen, y en todos los casos se

entenderá que en la fecha de los pagos del pasivo prestacional causado se interrumpe cualquier retroactividad con cargo a la nación, a las entidades territoriales o a la entidad de prestación de servicios de salud que corresponda.

El fondo del pasivo prestacional para el sector salud de que trata la ley 60 de 1993, debe cubrir las cesantías netas acumuladas y el pasivo laboral por pensiones de jubilación causado a diciembre 31 de 1993⁷¹

El costo adicional generado por concepto de la retroactividad de cesantía del sector salud que a la vigencia de esta Ley tienen derecho a ello, conforme al artículo 33 de la Ley 60 de 1993, y para los fines previstos en esta, será asumido por el Fondo del Pasivo Prestacional y las entidades territoriales, en los plazos y términos de concurrencia que establece la misma Ley.

A partir de la vigencia de la presente Ley no podrán reconocerse ni pactarse para los nuevos servidores del sector salud, retroactividad en el régimen de cesantía a ellos aplicable.

⁷¹ LEY 100 de 1993. Op Cit., Libro II, Título VI, Artículo 242.

En el caso de que las instituciones a que se refiere el artículo 33 de la Ley 60 de 1993 y para los efectos allí previstos, están reconociendo por un régimen especial un sistema pensional distinto al exigido por la entidad de previsión social a la cual se afilien o se encuentren afiliados los trabajadores correspondientes, la pensión será garantizada por el Fondo del Pasivo Prestacional y las entidades territoriales, hasta el momento en que el trabajador reúna los requisitos exigidos por la entidad de previsión y los diferenciales de pensión serán compartidos y asumidos por el Fondo, las entidades territoriales y la mencionada entidad provisional, en la proporción que a cada cual le corresponda.

Las entidades del sector salud deberán seguir presupuestando y pagando las cesantías y pensiones a que están obligadas hasta tanto no se realice el corte de cuentas con el fondo prestacional y se establezcan para cada caso la concurrencia a que están obligadas las entidades territoriales en los términos revistos en la Ley 60 de 1993.

El Fondo tiene por objeto garantizar el pago de la deuda prestacional del sector salud, causada o acumulada a diciembre 31 de 1993 por concepto de cesantías, reservas para pensiones y pensiones de jubilación, cuya obligación se atribuya a la Nación de conformidad con lo dispuesto en los artículos [33](#) de la Ley 60 de 1993, [242](#) de la Ley 100 de 1993, y el decreto 530 de la ley 60 de 1993 (Para los efectos del presente Decreto, el Fondo

Nacional del Pasivo Prestacional del Sector Salud, se denominará en adelante Fondo del Pasivo).

El Ministerio de Salud manejará y administrará el Fondo del Pasivo, y celebrará encargos fiduciarios para la administración y manejo de los recursos vinculados a los contratos administrativos de que trata el artículo [19](#) del Decreto 530 de 1994, de conformidad con las normas legales vigentes⁷².

El Fondo del Pasivo Prestacional del Sector Salud contará con un Consejo Administrador conformado por:

- a) El Ministro de Salud quien lo presidirá o su delegado;
- b) El Ministro de Trabajo o su delegado;
- c) El Ministro de Hacienda o su delegado;
- d) El Director del Instituto de Seguros Sociales o su delegado;
- e) El Director General de Descentralización y Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud;
- f) Un Director Seccional de Salud designado por el Ministro del ramo;

⁷² LEY 60 de 1993, Op. Cit. Decreto 530 de 1994

g) Un representante de los trabajadores, designado por el Ministro de Salud, de ternas que le presenten las organizaciones sindicales de los trabajadores del sector salud de carácter nacional, legalmente reconocidas;

h) Un experto designado por el Ministro de Salud, quien deberá ser especializado y tener reconocida experiencia en temas actuariales.

El Consejo Administrador tendrá las siguientes funciones⁷³:

a) Adoptar las medidas que garanticen el cumplimiento y correcto desarrollo del objetivo del Fondo del Pasivo;

b) Establecer las políticas generales de administración e inversión de los recursos del Fondo del Pasivo, velando por su seguridad y rendimiento, de acuerdo con las normas vigentes;

c) Aprobar los cálculos que establecen el monto de la deuda prestacional, y la asignación de responsabilidades para el pago de dicha deuda por parte de la nación y las entidades territoriales. Estos cálculos serán presentados por la Dirección de Presupuestación y Control de Gestión del Ministerio de Salud y la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el voto favorable del Ministro de Hacienda o su delegado;

⁷³ Ibid, Decreto 530 de 1994, Capítulo I, artículo 6°

d) Distribuir el presupuesto anual del Fondo del Pasivo de acuerdo con las exigencias de mediano y largo plazo;

e) Conceptuar si reúnen los requisitos para ser beneficiarios del Fondo del Pasivo aquellos servidores públicos o trabajadores privados, a quienes por fuera de los plazos establecidos en este Decreto, se les reconozcan sus derechos en materia de cesantías y pensiones;

f) Establecer los mecanismos y términos en que deben realizarse los contratos de que trata el artículo [19](#) del presente Decreto y la forma en que éstos deben ser revisados;

g) Dictar la reglamentación complementaria para el buen manejo y administración del Fondo del Pasivo.

Se entenderán administradas y sostenidas por el Estado, aquellas instituciones privadas o indefinidas que prestan servicios de salud y que sean certificadas por la Dirección General de Descentralización y Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud por cumplir con los siguientes requisitos:

1o. Para las instituciones privadas sin ánimo de lucro y para las instituciones indefinidas:

a) Que exista participación del sector público en la Junta Directiva de la institución o que su presupuesto y sus planes de cargos sean aprobados por el Ministerio de Salud, por un tiempo no inferior a dos años;

b) Que los aportes a cualquier título realizado por el Estado durante los diez años inmediatamente anteriores a 1990, equivalgan a un 60% en promedio durante el período, de sus gastos de funcionamiento.

2o. Para las instituciones privadas que no estén contempladas en los numerales anteriores:

a) Que sus sistemas de administración sean los propios del régimen público, en cuanto a su dirección y vinculación de los trabajadores, por un período no inferior a 10 años;

b) Que cumpla con lo establecido en el literal b) del numeral 1o. del presente artículo.

La intervención de una entidad privada por parte del Ministerio de Salud, no acredita su condición de entidad administrada y sostenida por el Estado.

Así mismo, podrán ser reconocidos por el Ministerio de Salud como beneficiarios del Fondo del Pasivo, previo concepto favorable del Consejo Administrador, aquellos trabajadores privados o servidores públicos que han

obtenido por vía judicial la declaración de sus derechos en materia de cesantías y pensiones, con posterioridad a los plazos aquí establecidos. En todo caso estos derechos deberán haber sido causados con anterioridad al 31 de diciembre de 1993 y los trabajadores privados o servidores públicos, deben reunir las condiciones exigidas en el presente Decreto.

Con respecto a la deuda prestacional, se dice que la deuda está constituida por una obligación inmediata y una obligación diferida⁷⁴.

1o. La obligación inmediata corresponde al pago de:

a) Las cesantías netas a 31 de diciembre de 1993, que continúen pendientes de pago a la fecha de su efectiva liquidación y reconocimiento para los efectos previstos en el presente Decreto, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 5o. del artículo [242](#) de la Ley 100 de 1993;

b) Las pensiones incorporadas en nómina o que debidamente causadas estén pendientes de incorporar en nómina y que correspondan a los derechos por este concepto, adquiridos a 31 de diciembre de 1993, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 5o. del artículo [242](#) de la Ley 100 de 1993.

2o. La obligación diferida corresponde:

⁷⁴ Ibid, Capítulo III, Artículo 12

a) A las pensiones de jubilación de trabajadores privados y servidores públicos activos que sean futuros pensionados;

b) A las pensiones futuras de actuales pensionados y a los retirados con derecho a pensión.

Teniendo en cuenta que el cálculo de la deuda prestacional puede realizarse individualmente por cualquiera de los conceptos definidos en el presente artículo, los contratos de concurrencia podrán firmarse de manera independiente por las obligaciones inmediatas, correspondientes a cesantías o a pensiones incorporadas en nómina o por aquellas obligaciones diferidas. Sin embargo, para efectos de estimar la concurrencia y asignar responsabilidades a la Nación y a los entes territoriales, deberá figurar en el contrato que se suscriba un valor de referencia aproximado que englobe la totalidad de la deuda de cada una de las instituciones (obligaciones inmediatas y diferidas). Este valor será reajustado en la medida en que se vaya determinando el valor de la deuda de cada institución, manteniendo siempre los porcentajes de concurrencia establecidos para su pago y debiendo modificarse los contratos en lo correspondiente.

En todo caso el Ministerio de Salud conjuntamente con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberán calcular un valor de referencia

aproximado que englobe la totalidad de la deuda así como el porcentaje de la concurrencia de que trata el artículo 33 de la Ley 60 de 1993, antes del 31 de diciembre de 1998".

Para determinar las obligaciones que caracterizan la deuda prestacional, se considerarán las especificaciones sobre cesantías y pensiones de jubilación. Para efectos del reconocimiento y pago de las cesantías a los servidores públicos y trabajadores privados de que trata el numeral 1 del artículo [33](#) de la Ley 60 de 1993, se tendrá en cuenta lo siguiente⁷⁵:

1o. Que la garantía total de la cesantía de una persona activa o retirada a diciembre 31 de 1993, es el valor de la cesantía neta.

En caso de que el servidor tenga derecho a la retroactividad de la cesantía, se incluye en la garantía total, todo costo adicional causado por este concepto, a 31 de diciembre de 1993.

2o. Que el régimen de retroactividad reconocido por el Fondo del Pasivo será el consagrado por la ley y por las convenciones vigentes a 23 de diciembre de 1993, de conformidad con el artículo [242](#) de la Ley 100 de 1993.

⁷⁵ Ibid capítulo III, artículo 13

A los servidores de cualquier nivel administrativo afiliados con anterioridad al 31 de diciembre de 1993, al Fondo Nacional de Ahorro u otro Fondo de cesantías legalmente constituido y que no reconozca retroactividad, la Nación a través del Fondo del Pasivo, se abstendrá de liquidar y pagarles con sus recursos dicha retroactividad.

El valor de las provisiones a cargo de la institución para garantizar las cesantías, se compara con las ya constituidas a 31 de diciembre de 1993, con el propósito de conocer el valor neto a cargo del Fondo del Pasivo y las entidades territoriales, teniendo en cuenta aquellos casos que se encuentren en mora en el pago de los aportes a los fondos de cesantías.

Si el valor de la provisión de cesantías a 31 de diciembre de 1993, en cualquier institución de salud, es inferior al declarado a la vigencia de la Ley 60 de 1993, la diferencia será disminuida de las obligaciones del Fondo del Pasivo y de los entes territoriales respectivos.

El valor de la reserva para pensiones a cargo del Fondo del Pasivo y las entidades territoriales, se determinará de acuerdo con los criterios que se establezcan en reglamento posterior, armonizándolo con la reglamentación de la Ley 100 de 1993⁷⁶.

⁷⁶ Ibid, Capítulo III, artículo 15

En todo caso se incluirá dentro del calculo el valor atribuible a las condiciones pensionales establecidas por el régimen convencional que sea aplicable, siempre que dicho régimen hubiere estado vigente a 23 de diciembre de 1993. Las entidades territoriales y las instituciones de prestación de servicios de que trata el presente Decreto, deberán efectuar las gestiones pertinentes, a fin de que a los trabajadores vinculados les sean aplicables las disposiciones legales en materia prestacional y provisional, en especial las consagradas en la Ley 100 de 1993.

Se entiende como garantía total de la pensión de jubilación de los servidores públicos y trabajadores privados jubilados o retirados con derecho a pensión, la reserva que corresponda al pago de sus pensiones futuras y de sus sobrevivientes, considerando los regímenes especiales a que haya lugar.

Para efectos de determinar la responsabilidad que corresponde a la Nación, a las entidades territoriales y a las instituciones privadas de salud en el pago de la deuda prestacional del sector salud, conforme a lo dispuesto en el artículo [33](#) de la Ley 60 de 1993 y el artículo [242](#) de la Ley 100 de 1993 se procederá así:

1o. Tratándose de instituciones públicas.

a) Del orden nacional, corresponde a la Nación asumir el pago total de la deuda.

b) Aquellas que no pertenezcan al orden nacional, corresponde a la Nación a través del Fondo del Pasivo, asumir el pago de la deuda, en una suma equivalente a la proporción de la participación del situado fiscal en el total de la financiación de las instituciones de salud. Para estos efectos, se considera el total de la financiación como el conjunto de recursos conformado por el situado fiscal y las rentas departamentales de destinación especial para salud, incluyendo las cedidas a los departamentos y al Distrito Capital.

En consecuencia, el departamento y sus municipios en donde esté localizada la institución de salud, o el Distrito Capital si se localiza allí la institución, deberá financiar el equivalente a la proporción en que participan sus rentas de destinación especial para salud, incluyendo las cedidas, en el total de la financiación.

Para el cálculo de la concurrencia se tomarán el promedio de las rentas de cada departamento y del Distrito Capital, de destinación especial incluyendo las cedidas, durante los cinco (5) últimos años anteriores al 1o. de enero de

1994 y el situado fiscal promedio destinado a cada departamento en los últimos cinco (5) años anteriores al 1o. de enero de 1994.

2o. Tratándose de instituciones privadas del sector salud:

Corresponde a la Nación a través del Fondo del pasivo asumir el porcentaje de la deuda prestacional en proporción a su participación en el total de la financiación de las instituciones privadas. Para los efectos aquí previstos, entiéndese por el total de la financiación: el situado fiscal; los recursos del departamento respectivo y el Distrito Capital con destinación específica para las instituciones en cuestión, incluyendo las rentas cedidas, u otros aportes presupuestales suyos y las rentas propias de la institución.

Cada departamento y sus municipios, y el Distrito Capital, deben asumir el porcentaje de la deuda prestacional en un volumen de recursos equivalente a la proporción en que han participado en el total de la financiación con sus aportes presupuestarios y las rentas de destinación específica que han asignado para las instituciones privadas en cuestión, incluyendo las rentas cedidas.

En consecuencia, corresponde a cada institución privada financiar el pago de la deuda en un monto equivalente a la proporción en que ha participado en su propia financiación y con sus recursos presupuestarios propios.

Para efectos de lo dispuesto en el presente artículo, el cálculo de la concurrencia se tomará como el promedio de los aportes de cada departamento y del Distrito Capital y sus rentas de destinación especial, incluyendo las cedidas, durante los cinco (5) últimos años anteriores al 1o. de enero de 1994 y el situado fiscal promedio destinado a cada departamento en los últimos cinco (5) años anteriores al 1o. de enero de 1994. De igual forma se procederá con los recursos presupuestarios propios de las instituciones privadas de salud.

Para cubrir la deuda del pasivo prestacional a cargo de los departamentos, distritos y municipios, conforme a la obligación que a ellos atribuyen las disposiciones legales, se podrán utilizar los siguientes recursos:

El 10% del incremento real anual del situado fiscal de cada departamento respecto de 1993.

Hasta el 5% de las transferencias por los recursos provenientes del impuesto de renta en la contribución sobre la producción de las empresas de la industria petrolera en la zona Cusiana Cupiagua, en los términos establecidos en el artículo [145](#) de la Ley 100 de 1993.

Otros recursos que los entes territoriales estén en condiciones de aportar.

Aportes iguales al promedio de los pagos anuales que realizaron directamente las instituciones en los últimos tres (3) años, a través de un rubro del presupuesto de gastos o de un fondo cuenta, por concepto de cesantías y pensiones que hubieren correspondido a la deuda prestacional en precios constantes de 1993.

La destinación de estas rentas al pago de la deuda prestacional, deberá ser afectada al interior de cada departamento con los distritos que corresponda, si fuere el caso, y con los municipios de cada jurisdicción territorial. Con la afectación de estas rentas, se entiende que las entidades territoriales de que trata el artículo [33](#) de la Ley 60 y el artículo [242](#) de la Ley 100 de 1993 concurren al pago solidario de sus obligaciones.

Una vez determinada la responsabilidad financiera de que trata el artículo [17](#) del presente Decreto, se firmarán contratos entre el Ministerio de Salud y los entes territoriales que participan en el pago de la deuda de la institución o instituciones correspondientes; o entre el Ministerio de Salud, la entidad privada y los entes territoriales, si éste fuere el caso⁷⁷.

El Ministerio enviará copia de dicho contrato a la entidad fiduciaria encargada de realizar los giros correspondientes para cancelar la deuda a cargo de la Nación.

Dentro de estos contratos se debe establecer como mínimo lo siguiente:

- a) El monto de la deuda por el que responderá el Fondo del Pasivo y las entidades correspondientes;
- b) Las fuentes con las que se financiarán los compromisos que adquieran las entidades territoriales y las entidades privadas según el caso;
- c) La periodicidad de los compromisos que adquieren la Nación. Las entidades territoriales y las instituciones privadas, según sea el caso, para el pago del saneamiento progresivo de la deuda y las cláusulas compromisorias que garanticen el estricto cumplimiento efectivo por cada una de las partes;
- d) La duración del contrato, que deberá extenderse hasta garantizar el saneamiento efectivo de la deuda;
- e) Las entidades a las que deberán efectuarse los giros;
- f) La distribución del monto de la deuda de cada ente territorial discriminada en reserva para cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, de forma tal que ésta quede cubierta en su totalidad;
- g) La periodicidad y el mecanismo a través del cual serán revisados estos contratos.

⁷⁷ Ibid, Capítulo III, artículo 19

Al contrato deberá anexarse el listado de beneficiarios de tal manera que no queden obligaciones pendientes. Excepcionalmente, previa revisión del contrato y concepto favorable del consejo administrador del Fondo del Pasivo, se podrán anexar nuevos beneficiarios.

Los giros de los recursos del Fondo del Pasivo, de los departamentos, distritos, municipios y entidades privadas, para el pago de la deuda prestacional; serán realizados directamente a la entidad de previsión o al fondo en donde se encuentre afiliado el trabajador, en los tiempos acordados en los contratos de que trata el artículo [19](#) del presente Decreto⁷⁸.

Estos recursos deben ser manejados por los fondos y las entidades de previsión a través de cuentas independientes, para garantizar su adecuada destinación.

"Los recursos del Fondo del Pasivo podrán girarse en el monto correspondiente, a las instituciones prestadoras de servicios de salud quien manejará estos recursos mediante fiducia cuando:

a) La institución esté asumiendo el pago directo de las mesadas pensionales hasta por el monto de la responsabilidad de la Nación. Si la entidad ha sido sustituida en el pago de mesadas pensionales por el Fondo Territorial de

pensiones de conformidad con lo establecido en el Decreto 1296 de 1994, el giro se hará directamente a éste;

b) Existan condenas judiciales ejecutoriadas por concepto de cesantías, pensiones o reservas para pensiones del personal beneficiario del Fondo del pasivo, para cubrir éstos, correspondientes a las obligaciones a su cargo de conformidad con la concurrencia establecida y aprobada por el Consejo Administrador.

Una vez suscritos los contratos de concurrencia y de conformidad con lo establecido en el artículo precedente, el Fondo del Pasivo deberá girar los recursos correspondientes a las administradoras de pensiones y cesantías a los cuales se encuentran afiliados los trabajadores.

Los recursos correspondientes a bonos pensionales, que deban ser emitidos por las instituciones de salud y en cuyo pago debe concurrir la Nación a través del Fondo del Pasivo, se girarán a los fondos de que trata el artículo 23 del Decreto-ley 1299 de 1994 o a los fideicomisos a que se refiere el artículo 19, numeral 3o. del mismo decreto"⁷⁹.

Las instituciones de salud continuarán con la responsabilidad de presupuestar y pagar directamente las cesantías y pensiones a las que están

⁷⁸Ibid, Capitulo V artículo 22

⁷⁹ Ibid. Decreto 3061 de 1997, Artículo 5°

obligadas, en los términos del artículo [242](#) de la Ley 100 de 1993, hasta el momento en que se firme el contrato en el cual se establece la concurrencia para el pago de la deuda.

La Nación y las entidades territoriales podrán emitir bonos o títulos de deuda pública⁸⁰, destinados a garantizar total o parcialmente el valor de la reserva causada no constituida a 31 de diciembre de 1993, para el pago de las pensiones del personal del sector salud, con vinculación laboral vigente o retirado con derecho a pensión y a garantizar la pensión de jubilación de aquellos trabajadores que poseen un régimen pensional diferente al exigido por las entidades de previsión social donde estén afiliados o se afilien, hasta tanto reúnan los requisitos señalados por dichas entidades y a garantizar el pago de las demás obligaciones previstas en el presente Decreto.

En el contrato de encargo fiduciario que se celebre para la administración de los recursos del Fondo Nacional del Pasivo, se deberá incluir, adicional a las obligaciones comunes a este tipo de negocio, la de garantizar el apoyo técnico que requiera el Ministerio de Salud para el manejo integral del Fondo

⁸⁰ Ibid, Capítulo V, artículo 25

del Pasivo y la realización de los estudios necesarios que se requieran para garantizar su correcto funcionamiento, tales como: ⁸¹

a) Actualizar anualmente el valor de la deuda definida con corte a 31 de diciembre de 1993 y presentar periódicamente un informe de ejecución que recoja el valor de la deuda por pagar y lo amortizado por la Nación, las entidades territoriales y las instituciones privadas;

b) Apoyar al Ministerio de Salud en la revisión del cumplimiento de los requisitos previos para el giro de los recursos de la Nación, establecidos en el presente decreto y de las obligaciones contraídas en los convenios de concurrencia;

c) Apoyar la elaboración de las proyecciones presupuestales y el plan financiero que contenga la forma y los plazos en los que la Nación y las entidades territoriales deberán cumplir con sus aportes".

Si a la fecha de entrada en vigencia del presente decreto para la administración del Fondo del Pasivo existe un contrato vigente, se procederá a modificarlo con el fin de incluir estas obligaciones.

⁸¹ Ibid, Decreto 3061 de 1997, artículo 7°

La Nación podrá emitir Títulos o Bonos de Valor Constante, BVC, para garantizar el pago de la deuda prestacional a su cargo. Estos tendrán las siguientes características⁸²:

- a) Su valor expresado en pesos;
- b) No serán negociables;
- c) Incorporarán las obligaciones de hacer pagos de acuerdo con las proyecciones presupuestales y el plan financiero que contenga la forma y los plazos en los que la Nación deberá cumplir con sus aportes;
- d) Tendrán un rendimiento equivalente a una tasa efectiva anual del interés compuesto de la inflación anual representada en la variación del IPC, adicionado a la tasa de interés técnico contemplada en los cálculos actuariales realizados con corte a 31 de diciembre de 1993;
- e) Se emitirán a favor del Fondo del Pasivo Prestacional-Ministerio de Salud;
- f) Indicarán la fecha, lugar de expedición y nombre de la entidad emisora".

Por medio del Decreto 3061 de 1997 se adiciona un artículo al Decreto 530 de 1994, así: "Artículo [31](#). En los cálculos actuariales no se incluirá el pasivo pensional correspondiente a las cuotas partes del personal que se hubiese

⁸² Ibid, Decreto 3061 de 1997 artículo 8°

retirado con anterioridad a la fecha del cálculo y no hubiere solicitado la emisión de su bono pensional.

En la fecha en que dichos afiliados soliciten la emisión de su bono, se incluirá en la actualización anual del cálculo del pasivo prestacional el valor correspondiente a las cuotas partes que debe la institución de salud de conformidad con las normas aplicables y sólo será necesario reajustar los convenios de concurrencia cuando esta inclusión exceda el valor total incluido en éste. Se autoriza a las partes concurrentes para realizar los ajustes necesarios entre los diferentes conceptos prestacionales".

Los recursos existentes en la cuenta especial de la Nación-Fondo Nacional del Pasivo Prestacional del Sector Salud, que a 26 de diciembre de 1997, no hubieren sido ejecutados para el pago de cesantías, serán consignados en calidad de depósito al Fondo Nacional de Ahorro para cubrir las obligaciones por este concepto a cargo de la Nación o las que en concurrencia con entidades territoriales o instituciones prestadoras de servicios de salud, le corresponda. Para la administración de los recursos, el Fondo Nacional de Ahorro se sujetará a lo pertinente a lo dispuesto en el Decreto 1666 de 1994 y demás normas que lo modifiquen.

De conformidad con el artículo [35](#) de la Ley 10 de 1990, a las entidades públicas y privadas del sector salud, les está prohibido asumir directamente

las prestaciones asistenciales y económicas, que estén cubiertas por los fondos de cesantías o las entidades de previsión y seguridad social correspondientes, las cuales deberán atenderse mediante afiliación a éstas de sus empleados o trabajadores⁸³.

Con el giro de los recursos a las entidades de previsión que administren cesantías o a los fondos de cesantías públicos o privados legalmente constituidos, la Nación cumple sus obligaciones definidas en el artículo [33](#) de la Ley 60 de 1993 y los artículos [17](#) y [19](#) del Decreto 530 de 1994, por concepto de concurrencia en el pasivo de cesantías. Para el giro de los recursos a las cajas de previsión o fondos del sector público que administren cesantías se dará publicación al Decreto 1796 de 1995.

Los recursos existentes en la cuenta especial de la Nación - Fondo Nacional del Pasivo Prestacional del sector Salud - que al 28 de diciembre de 1995, no hubieren sido ejecutados para el pago de cesantías, serán consignados en calidad de depósito al Fondo Nacional de Ahorro para cubrir las obligaciones por este concepto a cargo de la Nación o las que en concurrencia con entidades territoriales o instituciones de servicio de salud le correspondan.

⁸³ Ibid, Ley 60 de 1993, Decreto 2313 de 1995

Con el objeto de garantizar la disponibilidad inmediata de los recursos transferidos en calidad de depósito al Fondo Nacional del Ahorro en virtud de los artículos 19 de la Ley 60 de 1993 y 5 del Decreto 2313 de 1995, los saldos de dichas cuentas especiales a 31 de Diciembre de cada año, se entenderán ejecutados presupuestalmente y en consecuencia se constituirán como Reservas de Caja.

Para cubrir los gastos de administración que genere el manejo de los recursos de las cuentas especiales de que trata el artículo 19 de la Ley 60 de 1993, el Fondo Nacional del Ahorro podrá disponer hasta del 2% del total de los rendimientos comerciales generados por dichas transferencias.

Para definir el monto prestacional, se expidió un nuevo plazo a través del Decreto 2673 de 1999 y estipula lo siguiente: . Modifíquese el artículo [10](#). del Decreto 2602 del 21 de diciembre de 1998, en el sentido de ampliar hasta el 30 de junio del año 2000, el término establecido para que el Ministerio de Salud conjuntamente con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público elabore el cálculo del monto del pasivo prestacional del sector salud, así como el porcentaje de la concurrencia de que trata el artículo [33](#) de la Ley 60 de 1993, con base en los criterios establecidos en el Decreto 530 de 1994.

Finalmente es muy importante dejar en claro que el Fondo del Pasivo estará sujeto conforme a la legislación fiscal y presupuestal propio del Ministerio de Salud, en los términos establecidos por la ley.

3.3 CAPITULO III: REGÍMENES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Para la afiliación al sistema general al sistema de seguridad social en salud, la ley creó dos regímenes de afiliación: el contributivo y el subsidiado, los dos excluyentes entre sí. En consecuencia, ninguna persona podrá estar simultáneamente afiliada a los dos regímenes. El primero, el contributivo, regula la incorporación al sistema de las personas que se afilien mediante el pago de una cotización o un aporte económico previo, el cual es financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleador. El segundo, el subsidiado, regula la vinculación de las personas que no están en capacidad de cotizar al sistema, es decir que se aplicará a quienes se afilien a través del pago de una unidad de por capitación, UPC, subsidiada

total o parcialmente, con recursos fiscales o del fondo de solidaridad y garantía.

Un paralelo entre los dos sistemas de afiliación y su financiación:

	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
Definición	Atiende la población laboral del país y sus familias	Personas de escasos recursos
Régimen económico	EGM –ATEP Son riesgos estacionarios implica un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este (1/3) y su empleador (2/3).	Aportes fiscales de la Nación, entidades territoriales del fondo de solidaridad y de los afiliados en la medida de su capacidad.
Trámite para la afiliación	Afiliación para la EPS. Cotizar obligatoriamente hasta máximo el 12% de sus ingresos, en forma conjunta con el empleador o individualmente , si es el caso.	Inscribirse a una EPS, una empresa solidaria de salud o una empresa social del estado.
Afiliados	Las personas con contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados, trabajadores independientes con capacidad de pago.	La población que no pueda sufragar el costo total o parcial del servicio o de escasos recursos, incluida la población rural.
Financiación de los servicios	Periodos mínimos de cotización (no mas de 100 semanas de afiliación, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año.	No se podrán establecer periodos de espera para la atención del parto y los menores de un año. En este caso, las IPS repetirán contra el fondo.
Pagos moderadores	Son cuotas que aplicaran las EPS a todos los afiliados y beneficiarios del sistema, con el objetos de racionalizar el uso de los servicios de salud. Los recursos por estos conceptos serán recursos de las EPS, pero	Estos pagos se aplicarán para complementar la financiación del POS. En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los

	el gobierno podrá destinar parte de ellos al fondo de solidaridad.	mas pobres.
Responsabilidad de los empleadores	La atención de los riesgos son cubiertos en su totalidad por el empleador. Suspensión de la afiliación.	Las direcciones locales suscribirán contratos de administración del subsidio con las EPS que afilien a los beneficiarios.
Derechos prestacionales	POS	POS (En forma progresiva hasta el año 2000)

3.3.1 Régimen Contributivo

El régimen Contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador⁸⁴.

Las Entidades Promotoras de Salud recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. De este monto descontaron el valor de las Unidades de Pago por Capitación -UPC- fijadas para el Plan de Salud Obligatorio y trasladará la diferencia al Fondo

de Solidaridad y Garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las Unidades de Pago por Capitalización mayor que los ingresos por cotización, el Fondo de Solidaridad y Garantía deberá cancelar la diferencia el mismo día a la Entidad Promotora de Salud que así lo reporten.

El Fondo de Solidaridad y Garantía está autorizado para suscribir créditos puente con el sistema bancario en caso que se presenten problemas de liquidez al momento de hacer la compensación interna.

El Fondo de Solidaridad y Garantía sólo hará el reintegro para compensar el valor de la Unidad de Pago por Capitalización de aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de salud velará por el cumplimiento de esta disposición.

3.3.1.1 Financiación del Régimen contributivo

Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁸⁴ LEY 100 de 1993, Op. Cit. Libro II, Título III, capítulo 1, artículo 202

Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad⁸⁵.

Por cada persona afiliada y beneficiaria, la entidad promotora de salud recibirá una unidad de pago por capitación UPC, que será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Del monto de las cotizaciones de los afiliados las EPS descontarán el valor de las UPC y trasladará la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía. En caso de ser la misma de las UPC mayor que los ingresos de cotización, el fondo

de solidaridad y garantía deberá cancelar la diferencia el mismo día a la entidad promotora que así lo reporte.

3.3.1.1.1 Recursos de la subcuenta de financiación⁸⁶:

A la subcuenta de compensación ingresan mediante la declaración de giro y compensación, los excedentes que resultan de las operaciones que a continuación se indican:

1. Al recaudo total por cotizaciones se le adicionan los valores que por incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad descontaron los empleadores en sus autoliquidaciones. Esta suma corresponde al valor total de las cotizaciones.
2. A la suma resultante se le deducirán los siguientes valores y porcentajes:
 - a) Un punto de la cotización que deberá girarse directamente a la subcuenta de solidaridad. Este punto es equivalente al 1% del ingreso base de cotización;

⁸⁵ LEY 100 de 1993, Op. Cit., Libro II, título II, capítulo 1 . artículo 182

⁸⁶ Ibid, Decreto 1013 de 1998, artículo 2º

b) El monto de la cotización obligatoria definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que deberá destinarse a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Este monto en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización;

c) El monto de la cotización obligatoria determinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que le sea reconocido a las entidades promotoras de salud para que éstas asuman y paguen las incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes.

3. A la cantidad que resulte después de realizar las operaciones señaladas en el numeral anterior, se le deducirá:

a) El valor total que la Entidad Promotora de Salud o demás entidades obligadas a compensar hayan pagado por concepto de licencias de maternidad en el mes inmediatamente anterior al de la declaración, liquidado de conformidad con las normas legales vigentes.

Las licencias de maternidad que no sean incluidas en las declaraciones, inicial, complementaria o de adición, deberán ser cobradas por separado, presentando una cuenta de cobro debidamente soportada, utilizando los formatos definidos por el Ministerio de Salud. Estas cuentas deberán presentarse el primer día hábil de los meses de marzo, julio, septiembre y

diciembre. La entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga tendrá cinco (5) días hábiles para revisar y pagar dichas cuentas;

b) Una doceava parte del valor de las Unidades de Pago por Capitalización vigentes en el mes al cual corresponde la cotización que se compensa, reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a la EPS y demás entidades obligadas a compensar, para que garanticen la prestación del Plan Obligatorio de Salud a cada uno de sus afiliados, cotizantes y beneficiarios.

Cuando el afiliado, por inicio o terminación de una relación laboral, cotiza durante una fracción de mes, la Unidad de Pago por Capitalización se reconocerá en proporción al número de días cotizados.

4. Los excedentes que resulten una vez realizadas las operaciones enunciadas anteriormente, deberán consignarse en la subcuenta de compensación del Fosyga, el mismo día en que se presenta la declaración de giro, y compensación.

5. Los recursos correspondientes a las Subcuentas de Solidaridad y Promoción, deberán consignarse en las correspondientes subcuentas del Fosyga el mismo día en que se presenta la declaración de giro y

compensación, para poder acceder a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los recursos de la subcuenta de compensación se destinarán a completar el valor de las UPC que el sistema reconoce por cada uno de los afiliados a las Entidades Promotoras de Salud y a las demás entidades obligadas a compensar, cuando los recaudos por cotizaciones sean insuficientes.

Las Entidades Promotoras de Salud y en general todas aquellas entidades que recaudan cotizaciones que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán presentar la declaración de giro y compensación, independientemente de su condición de superávit o déficit.

Las entidades obligadas a efectuar la compensación, deberán presentar el día hábil siguiente a la última fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones, una declaración sobre las cotizaciones efectivamente recaudadas hasta esa fecha y que corresponden al mes en curso.

Habrà lugar a la presentación de la declaración de corrección, cuando la entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga comunique las inconsistencias que detectó, o cuando sea necesario por efecto de correcciones en declaraciones anteriores. En estos eventos se debe identificar la declaración que se corrige y el hecho que la motiva. Luego de

aceptada, esta declaración sustituye íntegramente la declaración que se corrige.

Una vez comunicadas las inconsistencias, la EPS o la entidad obligada a compensar dispondrá de tres (3) días hábiles para pronunciarse sobre éstas y explicará con claridad la imposibilidad de efectuar el ajuste dentro de éste término, o efectuar la corrección. Presentada la declaración, la entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga a su vez dispondrá de tres (3) días hábiles para aceptarla y girar los recursos correspondientes si ésta es deficitaria, o devolverla por inconsistente.

DISPOSICION PRELIMINAR DE UPC. Por un período de tres años contados a partir de la vigencia del decreto 1013 de 1998, las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar, podrán disponer preliminarmente de una parte de los recursos correspondientes a las unidades de pago por capitación de aquellos afiliados que no fueron incluidos en la declaración inicial, de acuerdo con las siguientes reglas:

1. La apropiación se efectuará exclusivamente sobre las cotizaciones que hayan sido recaudadas dentro del plazo establecido para su pago y que la entidad no incluyó en la declaración inicial por estar sometidas a

confirmación bancaria o de un tercero, o por corresponder a afiliados no identificados plenamente hasta esa fecha.

2. El monto de las UPC apropiadas será el que resulte de multiplicar su valor promedio ponderado por el 90% del promedio de afiliados, sin que ésta cifra supere el 80% de recaudo no compensado.

El saldo no apropiado deberá permanecer en la cuenta Fosyga que la entidad utilice para el recaudo de las cotizaciones y deberá garantizar la adecuada inversión de los recursos.

3. El número promedio de afiliados y el valor promedio ponderado de la UPC, se determinarán con base en la información contenida en las declaraciones complementarias aceptadas por el Fosyga, correspondientes al trimestre anterior.

4. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la presentación de la declaración inicial, el representante legal de la Entidad Promotora de Salud o la entidad obligada a compensar, deberá remitir a la entidad fiduciada administradora de los recursos del Fosyga, un informe sobre el valor del recaudo no compensado en la declaración inicial y la explicación de la operación efectuada para el cálculo del monto preliminarmente apropiado.

5. La entidad deberá identificar a los afiliados por los cuales apropió UPC, en la forma prevista en este artículo, para efectuar el proceso de compensación mediante la presentación de las declaraciones complementarias a que haya lugar.

6. Cuando los recursos apropiados preliminarmente sean insuficientes para cubrir el déficit de las declaraciones complementarias, la entidad podrá apropiar recursos hasta la concurrencia del saldo no apropiado existente en la cuenta.

No se podrán efectuar apropiaciones de los recursos correspondientes a rendimientos financieros, saldos no conciliados, subcuentas de solidaridad y promoción y pago de prestaciones económicas.

7. Agotados los saldos no apropiados, la entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga, efectuará el mismo día en que se presente la declaración y el informe establecidos en el numeral 10, el giro de las sumas que por déficit del proceso de compensación resulten en las declaraciones complementarias.

8. Cuando las declaraciones complementarias arrojen superávit, la entidad declarante deberá efectuar el giro de los recursos correspondientes a la

subcuenta de compensación del Fosyga, en la misma fecha en que éstas se presenten.

9. Los giros por déficit o superávit de la subcuenta de promoción, se efectuarán con la presentación de las declaraciones complementarias.

10. Simultáneamente con la presentación de la última de las declaraciones complementarias, las entidades deberán remitir a la entidad fiduciaria que administra los recursos del Fosyga, una certificación suscrita por el Representante Legal y el Revisor Fiscal, en la cual se consolide y detalle el proceso de compensación del período y sus resultados finales.

11. Las cotizaciones que al final del mes o de los dos meses, de acuerdo con lo establecido, correspondan a afiliados no identificados deberán ser compensadas en la forma prevista en el artículo 15 del Decreto 1013 del 98.

12. Las entidades que no cumplan con lo preceptuado en el presente artículo perderán el derecho a la disposición preliminar por un período de seis (6) meses y sólo podrán acceder a los recursos del Sistema cuando el recaudo sea efectivo y sea presentada y aceptada la declaración de giro y compensación.

Cuando no sea posible identificar en la declaración complementaria la totalidad de los recursos apropiados, la entidad declarante deberá girar

estos recursos no identificados con sus rendimientos al Fosyga, dichos rendimientos serán iguales a los generados en el portafolio del Fosyga. La Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud, informará la rentabilidad obtenida a las entidades declarantes, dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes.

El número promedio de afiliados y el valor promedio ponderado de la UPC, se determinarán dentro de los tres (3) primeros meses, contados a partir de la vigencia del presente Decreto, con base en la información contenida en las declaraciones de adición aceptadas por el Fosyga, correspondientes al trimestre anterior.

La entidad declarante tendrá un plazo máximo de seis (6) meses para corregir declaraciones anteriores. En este evento, las declaraciones de corrección deberán presentarse en las mismas fechas en que se presentan las declaraciones iniciales. La declaración de corrección no podrá utilizarse para cobrar al Fosyga licencias de maternidad no descontadas oportunamente.

El artículo 12 del decreto 1013 de 1998 señala el acceso a los recursos recaudados por las EPS y demás entidades obligadas a compensar en caso de inconsistencias. La presentación de una declaración inicial o de adición inconsistente, permite a la entidad que declara apropiarse parte de los

recursos correspondientes al recaudo reportado. Dicha apropiación podrá efectuarse hasta por el monto que resulte de multiplicar el 70% del total de afiliados incluidos en la declaración por el valor mensual promedio ponderado de la UPC vigente en el período al cual corresponde la cotización garantizando, en todo caso, el giro de los recursos correspondientes a las subcuentas de solidaridad y promoción por la totalidad de los afiliados.

Las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a compensar, podrán efectuar la operación de compensación sobre los saldos no conciliados que se presenten, siempre y cuando éstos no sean superiores al 3% del valor total de las cotizaciones. El administrador fiduciario de los recursos Fosyga autorizará dicha operación dentro del mes siguiente a su solicitud.

La solicitud para compensar sobre saldos no conciliados, solamente podrá presentarse cada dos meses. La Dirección General de Gestión Financiera del Ministerio de Salud fijará los indicadores que deben utilizarse anualmente.

Las entidades que realicen procesos de compensación sobre saldos no conciliados, deberán someter a la aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud procedimientos internos de ajuste que permitan hacer una conciliación permanente y definitiva de los saldos mencionados de acuerdo con las normas y principios de contabilidad y auditoría aceptados. Esta Superintendencia controlará la implantación y aplicación permanente de tales mecanismos.

Cuando los saldos sean superiores al porcentaje señalado, las entidades deberán girar los recursos que superen esta cifra al Fondo de Solidaridad y Garantía, y sólo podrán compensar sobre éstos cuando los afiliados sean identificados plenamente.

Cuando se logre la identificación de afiliados cuyas cotizaciones fueron giradas en su integridad al Fosyga, deberá efectuarse una declaración de corrección para acceder a los recursos correspondientes.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán descontar mensualmente los costos del recaudo, de los rendimientos que generen los recursos del sistema, previa justificación ante el administrador fiduciario del Fosyga

efectuado en los formatos expedidos por el Ministerio de Salud. El descuento se hará como máximo hasta concurrencia del 50% de los intereses que produzca el manejo de tales recursos.

No obstante, el Ministerio de Salud, cada seis meses, previo estudio y justificación por parte de las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar, autorizará el incremento de este porcentaje hasta por el 100% de los intereses generados.

En todo caso, las entidades promotoras de salud deberán utilizar todos los instrumentos necesarios para garantizar el recaudo y la inversión de los recursos.

Cuando la entidad fiduciaria administradora de los recursos del Fosyga no gire los recursos a las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar en los términos del presente Decreto, deberá reconocer intereses con cargo a sus propios recursos. Estos intereses serán iguales a los rendimientos generados en el portafolio del Fosyga. La

Dirección General de Gestión Financiera comunicará dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes, cuál ha sido esta rentabilidad.

3.3.1.1.2 Copagos y cuotas moderadoras: Los afiliados y beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud estarán sujetos a pagos compartidos , cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes estos pagos se aplicaran con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de los servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios los pagos mencionados se aplicaran también para complementar la financiación del plan obligatorio en salud. En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población mas pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el sistema, según la reglamentación que se adopte⁸⁷.

CUOTAS MODERADORAS. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en

⁸⁷ Ibid, Libro II, Titulo II, Capítulo II , artículo187

los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS⁸⁸.

La cuota moderadora (franquicia), es el aporte en dinero que hace el usuario por el solo hecho de solicitar el servicio. Para utilizar un servicio, en el que su intensidad de uso esta relacionada en gran parte con su decisión voluntaria, la ley autoriza establecer una cuota moderadora equivalente a una parte de su valor total definido en las tarifas para el sector público, y cuya finalidad es regular la utilización y estimular el buen uso del servicio, promover en el paciente el seguimiento de actividades, intervenciones y procedimientos descritos, en las guías de atención que lo conduzcan a mantenerse en condiciones saludables, a recuperar efectivamente su salud y a disminuir o minimizar sus consecuencias.

COPAGOS. Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Son equivalentes a una parte del valor total del mismo, previamente establecidas en las tarifas para el sector público con el fin de

⁸⁸ Acuerdo 30 de 1996 del Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud, artículo 1°

contribuir al sistema de salud. Son verdaderos pagos compartidos, una modalidad de autofinanciación por el usuario del costo del mismo⁸⁹.

Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que autónomamente definan las EPS:

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
2. Consulta externa por médico especialista
3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de items incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.
4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de items

⁸⁹ Ibid, artículo 2°

incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.

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

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

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

Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el

cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.

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

Podrán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

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

Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicaron única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

Las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Si existe más de un

cotizante por núcleo familiar se consideraron como base para el cálculo de las cuotas moderadoras y copagos, el menor ingreso declarado.

Las cuotas moderadoras se aplicarán a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, así:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos: hasta un 10% de un salario mínimo diario legal vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización está, entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos: hasta un 40% de un salario mínimo diario legal vigente.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos: hasta el 105% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

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

Los copagos para los beneficiarios del afiliado cotizante se aplicarán con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes: hasta el 10% de las tarifas pactadas por la EPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente.

2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización está, entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos: hasta el 15% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda de un (1) salario mínimo legal mensual vigente por un mismo evento.

3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos: hasta el 20% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda de dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

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.

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

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos: hasta la mitad de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización está, entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes: hasta dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes: hasta cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles o categorías fijadas por el SISBEN de la siguiente manera:

1. Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos.

2. Para el nivel 1 de SISBEN y la población incluida en listado censal, el copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de medio salario mínimo legal mensual vigente.

3. Para el nivel 2 de SISBEN el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente.

Las Entidades Promotoras de Salud están en libertad para definir las frecuencias de aplicación de las cuotas moderadoras y copagos para lo cual deberán tener en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso

de servicios. En todo caso deberán contar con un sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicios de manera tal que la primera consulta o servicio de aquellos incluidos en el artículo 6. del presente Acuerdo, que requiera un afiliado en un año calendario, está, exenta del cobro de cuota.

Así mismo, están en libertad para definir de manera general el no pago de cuotas moderadoras en los casos de órdenes de ayudas diagnósticas o de fórmulas de medicamentos con dos o menos items.

Igualmente podrán establecer los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, estampillas, valeras o la cancelación en efectivo, directamente o mediante convenios con las IPS en los términos en que estas lo acuerden. En todo caso las EPS deberán aceptar el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado.

La totalidad de los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras pertenecen a la Entidad Promotora de Salud.

3.3.1.1.3 Unidad de Pago por Capitación. UPC: Por medio del Acuerdo 119 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud, se

decide incrementar el valor promedio del pago moderado por capitación, del régimen contributivo para el año de 1999, en 16.5 %, dando como resultado la suma de 241. 577 pesos.

Es importante recordar que se debe destinar medio (0,5) punto de la cotización a la subcuenta de promoción y prevención del fondo de solidaridad y garantía para realizar las actividades de promoción y prevención se destinaran cincomil ochocientos ochenta pesos (\$5.880) per cappita año de esta subcuenta para realizar contratos o convenios con las empresas promotoras de salud.

Según el artículo 5º del Acuerdo 11 de 1994 de CNSSS se autoriza hasta ocho mil pesos (\$8.000) promedio per cápita al año, como recursos para las empresas promotoras de salud EPS, provenientes de las cuotas moderadoras o copagos.

El artículo 2º del anterior acuerdo dice que cada EPS debe destinar, a partir del 5 de enero de 1999 el 0.25% del ingreso base de cotización, para garantizar el reconocimiento y pago de las incapacidades por enfermedad general, a todos sus afiliados cotizantes.

La estructura de la UPC es de la siguiente manera según la estructura poblacional y de costo para el régimen contributivo así:

Grupo etáreo	Estructura de costo	Valor año	Valor día
Menores de 1 año	2.47	\$ 596.695.19	\$1.657.48
De 1 a 4 años	1.28	\$ 309.218.56	\$ 858.94
De 5 a 14 años	0.68	\$ 164.272.36	\$ 456.31
De 15 a 44 años (Hombres)	0.60	\$ 144.946.20	\$ 402.63
De 15 a 44 años(Mujeres)	1.24	\$ 299.555.48	\$ 832.09
De 45 a 59 años	0.81	\$ 195.677.37	\$ 543.54
Mayores de 60 años	2.28	\$ 550.795.00	\$1.529.98

A la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo se reconocerá una prima adicional del 33% en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Choco, Guajira, Guanina, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada, y la región del Urabá. Se exceptúan de este incremento Las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha Sincelejo, Villavicencio, Yopal, en las cuales se aplicará la misma UPC definida para todo el país.

Finalmente el artículo 226 de la ley 223 de 1995 deja exentos de toda clase de impuestos, tasas y contribuciones del orden nacional los recursos de solidaridad y garantía. También estarán exentas del impuesto de timbre nacional las entidades administradoras del sistema general de seguridad social en salud, en lo relacionado con los regímenes contributivo y subsidiado y los planes de salud de que trata la ley 100 de 1993.

Todo lo anterior compendia el tema en relación con la financiación de los Sistemas de vinculación al Sistema general de Seguridad Social en Salud.

3.3.2 Régimen Subsidiado

El régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley.

Serán beneficiarios del presente régimen los limitados de escasos recursos del régimen subsidiado de seguridad social establecido en la Ley 100 de 1993. Y en esta se debe incluir un plan obligatorio de salud subsidiado, que

incluya los servicios de tratamiento y rehabilitación de la población con limitación. El Ministerio de Salud, y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinaran los beneficios a los que tendrán acceso los limitados de escasos recursos no afiliados al régimen de seguridad social , hasta el año 2001, fecha en que la cobertura será universal.

Se aprueba la destinación de recursos, con cargo a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema de seguridad Social en Salud, a las instituciones publicas o las privadas que hayan celebrado contratos en desarrollo de programas de interés público con los departamentos, distritos y los municipios, con el fin de garantizar la prestación de los servicios de salud a las personas con dificultades económicas⁹⁰. Los recursos a aplicar y distribuir con la destinación específica de que trata este decreto, para el año de 1995, se planeo para que ascendieran a \$80.000 millones del presupuesto de la Subcuenta de Solidaridad y Garantía. La ejecución de estos recursos se abr teniendo en cuenta lo siguiente:

⁹⁰ Ibid, Decreto 1795 de 1995, artículo 2°.

Se deberá girar hasta el 50% de los recursos de que trata el inciso anterior a las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud a partir de la fecha de publicación del presente Decreto.

Las autoridades departamentales, distritales y municipales, deberán garantizar la cofinanciación correspondiente del faltante presupuestal estimado para cada una de las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud según los cálculos realizados por la Dirección de Presupuestación y Control de Gestión del Ministerio de Salud a septiembre de 1995.

Se supedita el 50% restante de dichos recursos, al análisis de la situación presupuestal de cada Dirección territorial de Salud para lo cual las Direcciones seccionales y Distritales de Salud, deberán presentar al Ministerio de Salud, a más tardar el 30 de noviembre de 1995, un plan de compromisos que incluyera:

La presentación de la ejecución presupuestal consolidada de la Dirección Seccional y Distrital de Salud con corte a 30 de octubre de 1995.

La suscripción de convenios de desempeño entre las Direcciones y los hospitales, en los cuales se comprometen con el desarrollo de ciertas actividades que contribuyeran a mejorar su gestión tales como su transformación en Empresa Social del Estado, la revisión y actualización del manual de funciones, el reporte periódico de indicadores de gestión hospitalaria y el cumplimiento de metas. El Ministerio de Salud, a través del Programa de Mejoramiento de la Gestión, suministrara versiones preliminares sobre la real situación de cada uno de los hospitales.

Programa de sustitución de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía por recursos propios para las próximas dos vigencias presupuestales y elaboración del plan de transformación de los subsidios de oferta.

En el artículo 29 del Acuerdo 77 de 1997 del CNSSS se habla de los contratos de aseguramiento. Una vez la alcaldía o la dirección de salud, verifique el listado de afiliados entregados por las administradoras del Régimen subsidiado, procederán a suscribir los respectivos contratos de administración de subsidios.

Estos contratos se regirán por el derecho privado y deberán incluir como mínimo la información que determine el Ministerio de Salud. Podrán incluirse cláusulas exorbitantes.

Cuando la administradora del régimen subsidiado cumpla con los requisitos exigidos en las normas para administrar los subsidios y los afiliados la hayan elegido, la entidad territorial deberá contratar con ella.

Los contratos del régimen subsidiado se celebraran por un año, en dos periodos que comprenderán del primero (1º) de octubre al 30 de septiembre del siguiente año.

3.3.2.1 Financiación del Régimen Subsidiado

3.3.2.1.1 Recursos del Régimen

El Régimen Subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

a) 15 puntos como mínimo de las transferencias de inversión social destinadas a salud de que trata el numeral 2 del artículo 22 de la Ley 60 de 1993. Los 10 puntos restantes deberán invertirse de conformidad con el numeral 2 del artículo 21 de la Ley 60 de 1993, exceptuando el pago de subsidios. Adicionalmente, durante el período 1994-1997 10 puntos de la

transferencia de libre asignación de que trata el parágrafo del artículo 22 de dicha Ley deberán destinarse a dotación, mantenimiento y construcción de infraestructura de prestación de servicios.

b) Los recursos propios y aquellos provenientes de ECOSALUD que los departamentos y municipios destinen al régimen de subsidios en salud;

c) Los recursos del situado fiscal y de las rentas cedidas a los departamentos que se requieran para financiar al menos las intervenciones de segundo y tercer nivel del Plan de Salud de los afiliados al régimen subsidiado, conforme a la gradualidad de que trata los artículos 161 y 240 del presente libro;

d) Los recursos para subsidios del Fondo de Solidaridad y Garantía que se describen en el artículo 221 de la presente Ley;

e) El 15% de los recursos adicionales que a partir de 1997 reciban los municipios, distritos y departamentos como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de renta sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.

Los recursos que, conforme a este artículo, destinen las direcciones seccionales, distritales y locales de salud al régimen de subsidios en salud, se manejarán como una cuenta especial aparte del resto de recursos dentro del respectivo fondo seccional, distrital y local de salud.

A partir del primero de enero de 1995, el presupuesto de inversión de los recursos de libre asignación destinados a salud por el literal a) de este artículo deberá ser aprobado por la autoridad departamental de salud. Si la autoridad departamental de salud certifica que la infraestructura de prestación de servicios del respectivo municipio está debidamente dotada, podrá autorizar la destinación de los recursos para inversión a las otras finalidades de que trata la ley 60 de 1993.

Fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación por estructura poblacional y de costo para el régimen subsidiado así:

Grupo etáreo	Estructura de Costo	Valor Año	Valor Día
Menores de 1 año	1.61	\$206.933.00	\$574,81
Mujeres de 15 a 44 años	1.57	\$201.792.00	\$560,53
Otros grupos	0.83	\$106.680.00	\$296,33

A la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado se reconocerá una prima adicional del 25% en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada, y la región de Urabá. Se exceptúan de este incremento las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio y Yopal, y sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicará la misma UPC-S definida para el resto del país.

En cuanto a los recursos del régimen subsidiado El Acuerdo 77 de 1997 en sus artículos del 40 al 55 determina lo siguiente:

MANEJO DE LOS RENDIMIENTOS DE LOS RECURSOS DE COFINANCIACION.

Los rendimientos financieros de los Fondos Seccionales o 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 cobertura⁹¹.

Si se destinan recursos para ampliación de cobertura, las Direcciones Seccionales de Salud, distribuirán estos recursos para nuevos subsidios entre los municipios que presenten menores coberturas o entre los que tengan el menor per cápita de recursos para subsidios a la demanda.

Estas distribuciones deben efectuarse previo concepto del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y con la autorización de la Dirección General de Seguridad Social, que evaluará la sostenibilidad de estas nuevas afiliaciones en el tiempo.

ALTERNATIVA PARA EL PAGO DE SUBSIDIOS A LAS ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO CON CARGO A RECURSOS TRANSFORMADOS DE OFERTA A DEMANDA. Las Direcciones de Salud podrán pactar con las Administradoras del Régimen Subsidiado, y con las IPS públicas o las Empresas Sociales del Estado, que se encuentren dentro de la red de servicios de la administradora, que una parte de la UPC-S sea cancelada a

⁹¹ Ibid, Acuerdo 77 de 1997 del CNSSS, Capítulo VI, artículo 40

las ARS en servicios de salud que se comprometen a suministrar dichas prestadoras, de acuerdo con los siguientes parámetros⁹²:

1. La cuantía del convenio celebrado entre la ARS, la Dirección de Salud y las IPS no podrá ser superior al 20% del valor de la UPC-S por cada uno de los afiliados.

2. La suma de los convenios de "anticipo" o de "pago en servicios", de que trata el presente artículo, que celebre la Dirección, no podrá superar el monto total de los recursos transformados.

3. El valor de los servicios que se comprometen a prestar las IPS, constituyen anticipos de los contratos de prestación de servicios que suscriban con las ARS y serán financiados con cargo a los recursos transformados de oferta (situado fiscal y rentas cedidas).

4. La ARS cancelará el valor del convenio con la IPS , en la forma como se estipule. No obstante, el anticipo se irá amortizando hasta con el 50% del valor de cada una de las cuentas que presente la IPS.

⁹² Ibid, artículo 41

5. Las ARS mantendrán su autonomía para contratar la prestación de los servicios de salud con varios proveedores tanto de naturaleza pública como privada.

En todo caso, la Dirección Territorial debe garantizar la sostenibilidad del proceso de transformación de recursos de que trata el presente artículo y en consecuencia el equivalente a los recursos transformados, no podrá programarse nuevamente como transferencias directas de las entidades territoriales en los presupuestos de las instituciones prestadoras de servicios.

PORCENTAJE MINIMO DE LA UPC-S DESTINADO A PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. Las Administradoras del Régimen Subsidiado deberán destinar como mínimo de los ingresos por concepto de UPC-S, el setenta y cinco por ciento (75%) para financiar la prestación de servicios de salud de su población afiliada al régimen subsidiado y el diez por ciento (10%) para financiar las acciones de promoción y prevención de esta población⁹³.

Las ARS deberán constituir una provisión a favor del Sistema de Régimen Subsidiado al finalizar la ejecución de cada uno de los contratos de régimen

subsidiado con los recursos que resulten de descontar del valor total de las UPC-S que deben registrarse como ingresos, 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 respectivo contrato.

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 el porcentaje de la UPC-S definido en el presente artículo para gasto en prestación de servicios de salud, sea insuficiente.

Igualmente podrán destinarse para el pago de los servicios prestados por la red contratada, en los eventos en que la ARS presente problemas de liquidez, como consecuencia del no pago oportuno por parte de la entidad territorial. En este último caso la ARS deberá restituir el valor de la provisión

⁹³ Ibid, artículo 42

que se ha utilizado para estos pagos, una vez la entidad territorial haya efectuado el pago correspondiente al respectivo contrato.

Los recursos de la provisión que hayan constituido las ARS, con anterioridad a la fecha en que entre a regir este Acuerdo, podrán destinarse para los fines previstos en los incisos tercero y cuarto del presente artículo, a partir del 1o. de abril de 1999.

De conformidad con el procedimiento que defina el Ministerio de Salud, las ARS, deberán girar dentro de los dos (2) meses siguientes a la terminación del contrato de aseguramiento, a los Fondos Seccionales, Distritales o Locales de Salud, el monto correspondiente a los recursos no ejecutados del 10% de la UPC-S, que según lo definido en el presente artículo, deberá destinarse a actividades de promoción y prevención. El reintegro de los recursos anteriormente señalados se efectuará sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar, de conformidad con el numeral 5o. del artículo 230 de la Ley 100 de 1993.

ASEGURAMIENTO DE LAS COMUNIDADES INDIGENAS. Concurrirán en la financiación del aseguramiento de las comunidades indígenas los recursos del municipio o del departamento donde se encuentren los asentamientos

indígenas y los que por cofinanciación destina el Fondo de Solidaridad y Garantía al mismo municipio. La cofinanciación podrá aumentar con los recursos específicos para subsidio a la población indígena presupuestados al interior de la Subcuenta de Solidaridad y recursos que los resguardos indígenas destinen para el subsidio con cargo a sus participaciones en los Ingresos Corrientes de la Nación⁹⁴.

Para efectos de acceder a los recursos del subsidio, los gobernadores de los cabildos deberán entregar el listado de los miembros de su comunidad al Alcalde, del respectivo municipio, con copia a la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Salud, informando sobre los recursos del municipio y/o resguardo que están en capacidad de comprometer en el aseguramiento de su población.

MANEJO FINANCIERO DE LOS TRASLADOS DE LOS AFILIADOS DE LAS CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR CON RECURSOS ADMINISTRADOS DIRECTAMENTE POR ESTAS. El Balance Anual de las Cajas de Compensación Familiar, de que trata el artículo 8o, numeral 2, del Decreto 2357 de 1995, se hará por el periodo comprendido entre el 1o de enero y el 31 de diciembre de cada año⁹⁵.

⁹⁴ Ibid, artículo 43

⁹⁵ Ibid, artículo 44

Con los recursos de cada vigencia según lo establecido en el inciso anterior se financiarán los contratos del periodo comprendido entre el primero (1o.) de Abril y el 31 de Marzo del siguiente año.

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 ARSs y los afiliados de las demás ARSs 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.

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's.

REDISTRIBUCION DE RECURSOS POR PARTE DE LOS CONSEJOS TERRITORIALES. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, podrán redistribuir los recursos del FOSYGA, asignados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para mantener cobertura, previa autorización del Ministerio de Salud- Dirección General de Seguridad Social, siempre y cuando se garantice la continuidad de toda la población afiliada por municipio y se respeten los techos departamentales asignados por el CNSSS. En consecuencia las Entidades Territoriales podrán modificar el esquema de cofinanciación aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con relación a los recursos de transformación de Subsidios de oferta a demanda garantizando la continuidad de los afiliados y dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 344 de 1.996, Decreto 3007 de 1.997, Resolución No. 0739 de 1.999 del Ministerio de Salud y las normas que modifiquen, sustituyan o adicionen estas normas⁹⁶.

CONTRATACION CON PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE CARACTER PUBLICO. Las ARS, deberán contratar la prestación de servicios de salud directamente con las instituciones prestadoras que tengan capacidad jurídica para efectuar dichos contratos.

⁹⁶ Ibid, artículo 48

En todo caso, siempre se deberá garantizar que los recursos derivados de estos contratos, sean recibidos por quien efectivamente presta el servicio.

3.3.2.2 Contratación de la administración : Las direcciones locales, Distritales o Departamentales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.

Las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el Plan de Salud Obligatorio⁹⁷.

Las funciones que le corresponden a los Departamentos, Distritos y Municipios a través de las Direcciones de Salud son⁹⁸:

⁹⁷ LEY 100 de 1993. Op cit. Libro II, título III, capítulo II, artículo 215

⁹⁸ Ibid, Decreto 2357 de 1995, artículo 4°

- a) Dirigir el régimen Subsidiado en Salud a nivel territorial de conformidad con las normas y orientaciones expedidas por el Gobierno Nacional, Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
- b) Adoptar y adecuar las políticas para la ampliación de la cobertura a través del régimen subsidiado concertando con todos los actores involucrados en el Sistema general de Seguridad Social en Salud, las acciones tendientes a garantizar su funcionamiento y el logro de sus objetivos;
- c) Dimensionar la capacidad de afiliación real al régimen subsidiado en el área de influencia, mediante la proyección de los recursos financieros disponibles en el Departamento, en los municipios y lo asignado por la Nación a través del Fondo de Solidaridad y Garantía;
- d) Concurrir los departamentos bajo el principio de subsidiariedad, con los municipios y distritos, en la gestión del régimen subsidiado sin exceder los límites de la propia competencia y en procura de fortalecer la autonomía local, teniendo en cuenta la concertación y coordinación de competencias y actuaciones.
- e) Colaborar los departamentos con los municipios no certificados en la operatividad del régimen subsidiado, de manera especial para:

- Desarrollar aplicar los mecanismos de identificación de Beneficiarios definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
 - Adoptar el POS-S y garantizar la complementariedad en la prestación de los servicios correspondientes a niveles superiores de atención, a cargo del subsidio a la oferta;
 - Suscribir los contratos o convenios necesarios para la administración de los recursos de subsidio a la demanda.
 - Convocar a inscripción a las administradoras del r, gimen subsidiado que deseen operar en su área de influencia y vigilar que cumplan con los requisitos establecidos en la ley y sus decretos reglamentarios;
- f) Crear el Fondo de Salud correspondiente y la Subcuenta Especial del régimen subsidiado y suscribir los convenios a que haya lugar en las condiciones y oportunidad que determine el Ministerio de Salud, para recibir y administrar todos los recursos destinados al subsidio;
- g) Apropiar las partidas presupuestales correspondientes a la financiación del régimen subsidiado;

h) Suscribir los contratos que sean de su competencia, con las administradoras del régimen subsidiado que sean seleccionadas. Crear una base de datos de todos los beneficiarios del régimen subsidiado a nivel territorial, así como de las administradoras del régimen subsidiado que operan en su territorio que permita el adecuado control de la operación del sistema;

j) Cumplir con las funciones de vigilancia y control que le corresponden de conformidad con la Ley;

I

1. Promotoras de Salud se realizará mediante concurso y se regirá por el régimen privado, pudiendo contener cláusulas exorbitantes propias del régimen de derecho público.
2. Un representante de los beneficiarios del régimen subsidiado participará como miembro de las juntas de licitaciones y adquisiciones o del órgano que hace sus veces, en la sesión que defina la Entidad Promotora de Salud con quien la Dirección Seccional o Local de Salud hará el contrato. El Gobierno Nacional reglamentará la materia especialmente lo relativo a los procedimientos de selección de los representantes de los beneficiarios.

3. Si se declara la caducidad de algún contrato con las Entidades Promotoras de Salud que incumplan las condiciones de calidad y cobertura, la entidad territorial asumirá la prestación del servicio mientras se selecciona una nueva Entidad Promotora.
4. Los beneficiarios del sistema subsidiado contribuirán a la financiación parcial de la organización y prestación de servicios de salud, según su condición socio-económica, conforme a la reglamentación que expida el Consejo de Seguridad Social en Salud.
5. Las Direcciones locales de Salud, entre sí o con las direcciones seccionales de salud podrán asociarse para la contratación de los servicios de una Entidad Promotora de Salud.

3.3.2.3 Cajas de Compensación familiar: Las Cajas de Compensación Familiar destinarán el 5% de los recaudos del subsidio familiar que administran, para financiar el régimen de subsidios en Salud, salvo aquellas Cajas que obtengan un cociente superior al 100% del recaudo del subsidio familiar del respectivo año, las cuales tendrán que destinar un 10%. La aplicación de este cociente, para todos sus efectos, se hará de acuerdo con lo establecido en el artículo 67 de la ley 49 de 1990, y a partir del 15 de febrero de cada año.

Las Cajas de Compensación Familiar podrán administrar directamente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto, los recursos del régimen subsidiado de que trata el presente artículo. La Caja que administre directamente estos recursos constituirá una cuenta independiente del resto de sus rentas y bienes. Las Cajas de Compensación Familiar que no cumplan los requisitos definidos en la reglamentación, deberán girar los recursos del subsidio a la subcuenta de solidaridad del fondo de solidaridad y garantía.

3.3.2.3.1 Mecanismos de Compensación de los recursos:

La circular 59 de 1998 de la Superintendencia de Salud publica el mecanismo de compensación de los recursos destinados a subsidios de salud de que trata el artículo 217 de la Ley 100 y administrados por la Caja de compensación familiar:

1- ANUALIDAD DEL BALANCE.

El balance anual de que trata el numeral 2o. del artículo 8o. del Decreto 2357 de 1995 se debe realizar con los ingresos efectivos del año, es decir, aquellos efectivamente recaudados en el período de enero a diciembre.

En todo caso, el balance anual ante el Fondo de Solidaridad y Garantía lo deben presentar las Cajas de Compensación Familiar autorizadas como administradoras del Régimen Subsidiado y efectivamente contratadas a más tardar el 31 de marzo del año siguiente, con la certificación de los ingresos efectivos y el número de afiliados efectivamente carnetizados, firmada por el Representante Legal y el Contador o el Revisor Fiscal de la Caja. Así mismo, las Cajas que no estén autorizadas o no resulten seleccionadas o contratadas, deben presentar la acreditación de la transferencia de estos recursos en forma mensual descrita en el numeral 7o y 8o de esta Circular.

2- AFILIADOS.

Los afiliados con los cuales se debe realizar el balance anual son aquellos beneficiarios efectivamente carnetizados, los cuales no pueden ser superiores a la capacidad máxima de contratación establecida en el numeral 1o. del artículo [8o.](#) del Decreto No 2357 de 1995.

Si la Caja de Compensación Familiar contrata por un número de afiliados superior a su capacidad de atención (que resulta de dividir el 90% del presupuesto estimado de los recursos de que trata el artículo [217](#) de la Ley 100 de 1993 por la UPC-S para ese mismo periodo), se entenderá que éstos

-los afiliados- se financian con recursos para subsidios diferentes a los establecidos en el precitado artículo y por ellos recibe de la Dirección de Salud correspondiente el valor de la UPC-S por cada afiliado, según el contrato respectivo y por lo tanto no computan para el citado balance.

En razón al cubrimiento familiar que ofrecen las Entidades Promotoras de Salud y la afiliación obligatoria de todas los afiliados pertenecientes al Régimen Contributivo, las Cajas de Compensación Familiar no podrán destinar los recursos, de que trata el artículo [217](#) de la Ley 100 de 1993, a la prestación de servicios de salud a los familiares de los empleados afiliados a las Cajas, ni afiliarlos como beneficiarios de subsidios.

3- FORMULAS GENERALES DEL BALANCE ANUAL.

El balance anual de que trata el numeral 2o. del artículo [8o.](#) del Decreto 2357 de 1995, se debe realizar con BASE EN LA SIGUIENTE OPERACION MATEMATICA:

a) Balance = Ingreso Efect. 4% del año * Tasa Rs + Fonfosyga año anterior
- UPC-S Totales

De donde,

Ingreso Efect. 4% = Es el ingreso efectivo del 4% del Subsidio Familiar de la Vigencia; esto es de enero a diciembre del año, certificado por el representante legal de la Caja correspondiente.

Tasa Rs = Tasa del 5 ó del 10% según el caso certificada por la Superintendencia del Subsidio Familiar.

Fonfosyga año anterior = La Caja de Compensación familiar deberá constituir con los saldos positivos del balance anual una Provisión para garantizar la continuidad de los contratos en la siguiente vigencia de conformidad con las fechas contractuales establecidas por el Acuerdo No 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social.

UPC-S Totales = Unidades de Pago por Capitación Régimen Subsidiado a descontar

Las Unidades de Pago por Capitación Subsidiadas (UPC-S) a descontar son iguales a la Sumatoria del valor mensual resultante de multiplicar el número de afiliados efectivamente carnetizados de cada mes por la UPC-S promedio establecida por el CNSSS para el año y multiplicado por el costo correspondiente al Grupo Etéreo y dividido por doce (12).

b) $UPC-S \text{ Totales} = s(\#Afiliados_{1-12} * UPC-S \text{ Promedio} * CE / 12)$

De donde,

UPC-S Totales = Unidades de Pago por Capitación Subsidiadas reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y descontadas en el Balance Anual.

S= Sumatoria

Afiliados1-12 = Corresponde al número de afiliados efectivamente carnetizados de cada mes de ejecución del (los) contrato (s) respectivo (s) con corte al 31 de diciembre. Tan sólo se incluirá en el balance los afiliados carnetizados por mes hasta el 31 de diciembre de la vigencia.

UPC-S Promedio = Unidad de Pago por Capitación Subsidiada promedio del año fijada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

CE = Costo Etéreo

12 = Dividido por doce

C) Si el Balance es positivo la Caja de Compensación Familiar deberá constituir la correspondiente provisión para garantizar la continuidad de los contratos en la siguiente vigencia fiscal, conforme a los periodos de contratación establecidos en el Acuerdo No 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Si el Balance es negativo el Fondo de Solidaridad y Garantía girará a la respectiva Caja de Compensación Familiar, a más tardar el décimo día hábil, el valor correspondiente al déficit presentado en el balance anual correspondiente.

4- ANUALIDAD Y GARANTIA DE LA AFILIACION. Las Cajas de Compensación Familiar autorizadas para administrar directamente los recursos recaudados y destinados a subsidios en salud deben garantizar con dichos recursos un año completo de afiliación para aquellos beneficiarios de subsidios cubiertos con los recursos obligatorios que administra la respectiva Caja, independientemente del mes en que se inicie el correspondiente contrato con la entidad territorial. Así mismo, la Caja debe garantizar con los recursos la continuidad del afiliado en el Sistema, si su contrato es renovado, se mantiene su selección por los beneficiarios y si cumplen con los requisitos mínimos de afiliación establecidos en el Decreto 2357 de 1995.

Por ejemplo, si el contrato empezó a regir a partir del mes de abril de 1998, la afiliación de beneficiarios se debe cubrir hasta marzo de 1999 y para efectos del balance anual de 1998, el cual se debe presentar el 31 de marzo de 1999, la Caja debe incluir solamente la ejecución real del (los) contrato (s) al 31 de diciembre de 1998 (Afiliados Carnetizados y UPC-S a descontar,

calculadas con base en la UPC-S promedio de 1998 y costo por grupo etéreo correspondiente), para luego descontar dicho valor resultante al ingreso efectivo del 5 ó del 10%, según el caso. Esto quiere decir que para el contrato en mención sólo se incluirá los afiliados de los meses de abril a diciembre de 1998.

Para el nuevo año de afiliación (Abril/99 - Marzo/2000), el número de afiliados será como mínimo el mismo de 1998. No obstante, si los recursos estimados para 1999 lo permiten, la Caja puede incrementar el número de afiliados siempre y cuando garantice la prestación del servicio para sus antiguos afiliados.

5- BALANCE CORRESPONDIENTE A 1997.

Para el Balance anual de 1997 la Caja de Compensación Familiar deberá descontar del balance el diferencial por Unidades de Pago por Capitación, producto del incremento de la misma en 1997 y que corresponden a los contratos que se firmaron en 1996; así mismo, sólo incluirá en el balance del 97 la ejecución real del (los) contrato (s) firmados en 1997 con corte al 31 de diciembre de 1997 (Beneficiarios afiliados a la Caja de conformidad con la Circular Externa conjunta Ministerio de Salud No 015 y Superintendencia

Nacional de Salud No 039 del 27 junio de 1997 y la UPC-S a descontar con base en la UPC-S promedio de 1997), de la siguiente forma:

Balance = [Ingreso Efect. 4% 1997 * Tasa Rs - UPC-S Totales(97)] -

[Dif/1996]

De donde;

Ingreso Efect. 4% = Es el ingreso efectivo del 4% del Subsidio Familiar de la Vigencia; esto es de enero a diciembre del año, certificado por el representante legal de la Caja correspondiente.

Tasa Rs = Tasa del 5 ó del 10% según el caso certificada por la Superintendencia del Subsidio Familiar.

UPC-S Totales(97) = Unidades de Pago por Capitación Régimen Subsidiado a descontar

Las Unidades de Pago por Capitación Subsidiadas Totales a descontar son iguales a la Sumatoria del valor mensual resultante de multiplicar el número de beneficiarios, afiliados de conformidad con la Circular Externa conjunta Ministerio de Salud No 015 y Superintendencia Nacional de Salud No 039 del 27 junio de 1997 por la UPC-S promedio del CNSSS para el año y

multiplicado por el costo correspondiente al Grupo Etéreo y dividido por doce (12).

$$\text{UPC-S Totales(97)} = \sum \text{Afiliados-i-j} * \text{UPC-S promedio (97)} * \text{CE} / 12$$

De donde,

UPC-S Totales = Unidades de Pago por Capitación Subsidiadas reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y descontadas en el Balance Anual.

\sum = Sumatoria

Afiliados-i-j = Corresponde al número de beneficiarios afiliados de conformidad con la Circular Externa conjunta Ministerio de Salud No 015 y Superintendencia Nacional de Salud No 039 del 27 junio de 1997 por mes de ejecución del contrato respectivo con corte al 31 de diciembre. El subíndice (i) indica el mes en que arranca el contrato y (j) diciembre de 1997. Tan sólo se incluirá en el balance los afiliados por mes hasta el 31 de diciembre de la vigencia de 1997.

UPC-S Promedio(97) = Unidad de Pago por Capitación Subsidiada fijada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

CE = Costo Etéreo de 1997

12 = Dividido por doce

Dif/1996 = Diferencial por 1996. Es el resultado de ajustar los afiliados proyectados a los reales (Beneficiarios afiliados de conformidad con los artículos [7](#), [8](#), [9](#), 10, 11,12 y 13 del Acuerdo No 23 del CNSSS) y el de ajustar las Unidades de Pago por Capitalización al incremento de 1997 de la siguiente forma:

a) $Dif/1996 = Balance\ real\ 1996 - Consignaciones\ 1996$

De donde:

$Dife/1996 =$ Corresponde al ajuste de las Unidades de Pago por Capitalización de los contratos firmados en 1996 y ejecutados en parte en 1997.

Balance real 1996 = Corresponde al balance definitivo de 1996.

Consignaciones 1996 = Consignación realizada por el balance proyectado de 1996.

b) $Balance\ real\ 1996 = Ingreso\ Efect.\ 4\% \ 1996 * Tasa\ Rs - UPC-S$
Totales(96)

De donde;

Balance real 1996 = Corresponde al balance definitivo de 1996.

Ingreso Efect.4% 1996 = Es el ingresos efectivo del 4% del Subsidio Familiar de la vigencia; esto es de enero a diciembre de 1996, certificado por el representante legal de la Caja.

Tasa Rs = Tasa del 5 ó del 10%, según el caso certificada por la Superintendencia del Subsidio Familiar.

UPC-S Totales(96) = Unidades de Pago por Capitación Régimen Subsidiado a descontar

c) $UPC-S \text{ Totales } (96) = [s(\#Afiliosos-i-j * UPC-Spromedio (96)* CE / 12)] + [S(\# afiliadosxz * UPC-SPromedio(97) * CE / 12]$

d) De donde,

UPC-S Totales(96) = Unidades de Pago por Capitación Subsidiadas reconocidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud a descontar en el Balance Anual de 1996.

??= Sumatoria

Afiliadosi-j = Corresponde al número de beneficiarios afiliados de conformidad con el Acuerdo No 23 del CNSSS por mes de ejecución del contrato respectivo con corte al 31 de diciembre. El subíndice (i) indica el mes en que arranca el contrato y (j) diciembre de 1996.

UPC-S Promedio(96) = Unidad de Pago por Capitación Subsidiada fijada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

CE = Costo Etéreo

12 = Doceava parte del valor

Afiliadosx-z = Corresponde al número de beneficiarios afiliados de conformidad con el Acuerdo No 23 del CNSSS por mes de ejecución del contrato respectivo. El subíndice (x) indica el mes de enero de 1997 y el subíndice (z) el doceavo mes del contrato respectivo.

UPC-S Promedio (97) = Unidad de Pago por Capitación Subsidiada fijada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Si el Balance es positivo la Caja de Compensación Familiar deberá constituir la correspondiente provisión para garantizar la continuidad de los contratos en la siguiente vigencia fiscal conforme a los periodos de contratación establecidos en el Acuerdo No 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Si el Balance es negativo el Fondo de Solidaridad y Garantía girará a la respectiva Caja de Compensación Familiar, a más tardar el décimo día hábil, el valor correspondiente al déficit presentado en el balance anual correspondiente.

Si el diferencial de 1996 es positivo, éste deberá sumarse al balance de 1997 para efectos de constituir el Fonfosyga.

6- BALANCE CORRESPONDIENTE A 1998.

El balance anual de 1998 deberá realizarse con base en los contratos firmados según el Acuerdo No 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Esto significa que al corte del 31 de diciembre de 1998 habrá dos tipos de contratos: Los iniciados en abril y los de octubre de 1998 más el balance final de los contratos de la vigencia de 1997 (ejecutados en parte en 1998) y sus posibles otro sí de empalme con las fechas establecidas del precitado Acuerdo.

Es decir, si el contrato empezó a regir a partir del mes de julio de 1997, la afiliación de beneficiarios se debe cubrir hasta junio de 1998, para la fracción de año: julio, agosto y septiembre la Caja de compensación deberá suscribir un otro sí para garantizar la afiliación al mismo número de beneficiarios del contrato con el fin de empatar con las fechas de los periodos contractuales establecidas en el Acuerdo No 77 del CNSSS.

Balance = Ingreso Efect. 4% * Tasa Rs + Fonfosyga(97)- UPC-S Totales(98)

De donde;

Ingreso Efect. 4% = Es el ingreso efectivo del 4% del Subsidio Familiar de la Vigencia; esto es de enero a diciembre del año, certificado por el representante legal de la Caja correspondiente.

Tasa Rs = Tasa del 5 ó del 10% según el caso certificada por la Superintendencia del Subsidio Familiar.

Fonfosyga(97) = Provisión constituida para la ejecución de los contratos firmados en 1997.

UPC-S Totales(98) = Unidades de Pago por Capitación Régimen Subsidiado y corresponden a los contratos iniciados en abril o octubre de 1997 (Acuerdo No 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud), más el balance final de los contratos de 1997 y el otro sí de empalme.

Las cuales se calculan de la siguiente forma:

$$\text{UPC-S Totales(98)} = S(\# \text{Afiliados Enero - Diciembre} * \text{UPC-S Promedio(98)} * \text{CE} / 12)$$

De donde,

UPC-S Totales(98) = Unidades de Pago por Capitación Régimen Subsidiado y corresponden a los contratos iniciados en abril o octubre de 1997 (Acuerdo

No 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud), más el balance final de los contratos de 1997 y el otrosí de empalme.

??= Sumatoria

Afiliados Enero - Diciembre = Corresponde al número de afiliados efectivamente carnetizados de cada CONTRATO EJECUTADO EN 1998 por mes de ejecución.

UPC-S Promedio(98) = Unidad de Pago por Capitación Subsidiada fijada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

CE = Costo Etéreo para 1998

12 = Dividido por doce

Si el Balance es positivo la Caja de Compensación Familiar deberá constituir la correspondiente provisión para garantizar la continuidad de los contratos en la siguiente vigencia fiscal, conforme a los periodos de contratación establecidos en el Acuerdo No 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Si el Balance es negativo el Fondo de Solidaridad y Garantía girará a la respectiva Caja de Compensación Familiar, a más tardar el décimo día hábil,

el valor correspondiente al déficit presentado en el balance anual correspondiente.

8- PROCEDIMIENTO PARA VERIFICAR ANTE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD EL BALANCE ANUAL Y LOS PAGOS REALIZADOS.

De acuerdo con el artículo 45 del Decreto No 1283 de 1996 o normas que lo adicionen o modifiquen, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud ejercer la inspección, vigilancia y control sobre el manejo de las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía. Para el efecto, las Cajas de Compensación Familiar que no obtengan la autorización para administrar subsidios, la pierdan o no reúnan el número mínimo de afiliados exigidos por el Decreto 2357 de 1995, o no sean seleccionadas o contratadas, deberán diligenciar en forma mensual el formato SNS-2040-004-03, anexo a esta Circular, el cual debe ser firmado por el representante legal de la correspondiente Caja, y remitirlo el día hábil siguiente al giro de que trata el numeral 7o de la presente Circular Externa, a la División Fondo de Solidaridad y Garantía y SOAT de la Dirección General para el Área Financiera del Sector Salud, de esta Superintendencia.

Las Cajas autorizadas y efectivamente contratadas para administrar el Régimen Subsidiado, deberán diligenciar en forma anual y consolidada el formato SNS-2040-004-02, anexo a esta Circular, el cual debe ser firmado por el representante legal de la correspondiente Caja, y remitirlo a más tardar el 31 de marzo de cada año a la División Fondo de Solidaridad y Garantía y SOAT de la Dirección General para el Area Financiera del Sector Salud, de esta Superintendencia. Para el balance anual de 1997 las Cajas de Compensación Familiar deberán diligenciar el formato SNS 2040-004-01, anexo a esta Circular.

La omisión de la firma requerida ocasionará que esta Superintendencia considere que la información remitida no es válida e inicie el estudio de las sanciones pertinentes

3.4 CAPITULO IV: PARTICIPACIÓN DE LOS MUNICIPIOS EN LOS INGRESOS CORRIENTES DE LA SALUD

Con la publicación del Diario Oficial No. 42.132, del 1o. de diciembre de 1995 se divulgó el Acto Legislativo número 01 de 1995 por el cual se

adiciona el artículo 357 de la Constitución Política, y que se refiere a las transferencias de los municipios.

ARTICULO 357. Los municipios participarán en los ingresos corrientes de la Nación. La ley, a iniciativa del Gobierno, determinará el porcentaje mínimo de esa participación y definirá las áreas prioritarias de inversión social que se, financiarán con dichos recursos. Para los efectos de esa participación, la ley determinará los resguardos indígenas que serán considerados como municipios.

Los recursos provenientes de esa participación serán distribuidos por la ley de conformidad con los siguientes criterios: el sesenta por ciento (60%) en proporción directa al número de habitantes con necesidades básicas insatisfechas y al nivel relativo de pobreza de la población del respectivo municipio el resto en función de la población total, la eficiencia fiscal y administrativa y el progreso demostrado en calidad de vida, asignando en forma exclusiva un porcentaje de esa parte a los municipios menores de 50.000 habitantes.

La ley precisará el alcance, los criterios de distribución aquí previstos y dispondrá que un porcentaje de estos ingresos se invierta en las zonas

rurales. Cada cinco (5) años, la Ley, a iniciativa del Congreso, podrá revisar estos porcentajes de distribución".

La participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación se incrementará, año por año, del catorce por ciento (14%) de 1993 hasta alcanzar el veintidós por ciento (22%) como mínimo en el 2001. La ley fijará el aumento gradual de estas transferencias y definirá las nuevas responsabilidades que en materia de inversión social asumirán los municipios y las condiciones para su cumplimiento. Sus autoridades deberán demostrar a los organismos de evaluación y control de resultados la eficiente y correcta aplicación de estos recursos y, en caso de mal manejo, se harán acreedores a las sanciones que establezca la Ley.

"Estarán excluidos de la participación anterior, los impuestos nuevos cuando el Congreso así lo determine y, por el primer año de vigencia, los ajustes a los tributos existentes y los que se arbitren por medidas de emergencia económica".

"A partir del año 2000, los municipios clasificados en las categorías cuarta, quinta y sexta, de conformidad con las normas vigentes, podrán destinar

libremente, para inversión o para otros gastos, hasta un quince por ciento (15%) de los recursos que perciban por concepto de la participación".

PARAGRAFO TRANSITORIO PRIMERO. Establece para los años 1995 a 1999, inclusive, un período de transición durante el cual los municipios, de conformidad con la categorización consagrada en las normas vigentes, destinarán libremente para inversión o para otros gastos, un porcentaje máximo de los recursos de la participación, de la siguiente forma:

Categorías 2a. y 3a. Hasta el 25% en 1995, hasta el 20% en 1996; hasta el 15% en 1997; hasta el 10% en 1998; y hasta el 5% en 1999.

Categorías 4a., 5a. y 6a.: Hasta el 30% en 1995; hasta el 27% en 1996; hasta el 24% en 1997; hasta el 21% en 1998; y hasta el 18% en 1999.

El párrafo transitorio segundo quedará así:

A partir de 1996 hasta el año 1999, inclusive, un porcentaje creciente de la participación se distribuirá entre los municipios de acuerdo con los criterios establecidos en este artículo, de la siguiente manera: el 50% en 1996; el 60% en 1997; el 70% en 1998 y el 85% 1999. El porcentaje restante de la

participación en cada uno de los años del período de transición, se distribuirá en proporción directa al valor que hayan recibido los municipios y distritos por concepto de la transferencia del IVA en 1992. A partir del año 2000 entrarán en plena vigencia los criterios establecidos en el presente artículo para distribuir la participación".

Le corresponde a los municipios a través de las dependencias de su organización central o de las entidades descentralizadas municipales competentes, en su carácter de entidades ejecutoras principales de las acciones en su carácter social, dirigir, presta, o participar en la prestación de los servicios directamente, conforme a la ley ,

CRITERIOS DE DISTRIBUCION DE LA PARTICIPACION DE LOS MUNICIPIOS EN LOS INGRESOS CORRIENTES PARA INVERSION EN SECTORES SOCIALES⁹⁹. La participación de los municipios en el presupuesto general de la Nación para inversión en los sectores sociales, tendrá un valor igual al 15% de los ingresos corrientes de la Nación en 1994, y se incrementará en un punto porcentual cada año hasta alcanzar el 22% en el año 2001. Los ingresos corrientes de la Nación que servirán de base para el cálculo de las participaciones de los municipios según los artículos 357 y 358 constitucionales, estarán constituidos por los ingresos tributarios y no

tributarios; no formarán parte de esta base de cálculo los recursos del fondo nacional de regalías, los definidos en la Ley 6a. de 1992, por el artículo 19 como exclusivos de la Nación en virtud de las autorizaciones otorgadas por única vez al Congreso en el artículo 43 transitorio de la Constitución Política y solamente por el año de 1994, se excluyen la sobretasa del impuesto a la renta y las rentas de destinación específica señaladas en el artículo 359 de la Constitución.

La participación así definida se distribuirá conforme a los siguientes criterios:

1. el 60% de la participación así:

a. El 40% en relación directa con el número de habitantes con necesidades básicas insatisfechas.

b. El 20% en proporción al grado de pobreza de cada municipio, en relación con el nivel de pobreza promedio nacional.

2. El 40% restante en la siguiente forma:

a. El 22% de acuerdo con la participación de la población del municipio dentro de la población total del país.

b. El 6% en proporción directa a la eficiencia fiscal de la administración local, medida como la variación positiva entre dos vigencias fiscales de la

⁹⁹ LEY 60 de 1993, Op.Cit., Capítulo III, artículo 21

tributación per cápita ponderada en proporción al índice relativo de necesidades básicas insatisfechas.

c. El 6% por eficiencia administrativa, establecida como un premio al menor costo administrativo per cápita por la cobertura de los servicios públicos domiciliarios, y medida como la relación entre el gasto de funcionamiento global del municipio y el número de habitantes con servicios de agua, alcantarillado y, aseo. En los municipios donde estos servicios no estén a su cargo, se tomará como referencia el servicio público domiciliario de más amplia cobertura.

d. El 6% de acuerdo con el progreso demostrado en calidad de vida de la población del municipio, medido según la variación de los índices de necesidades básicas insatisfechas en dos puntos diferentes en el tiempo, estandarizada.

Antes de proceder a la aplicación de la fórmula anterior se distribuirá un 5% del total de la participación entre los municipios de menos de 50.000 habitantes, asignado de acuerdo con los mismos criterios señalados para la fórmula. Igualmente, antes de aplicar la fórmula, el 1.5% del total de la participación se distribuirá entre los municipios cuyos territorios limiten con

la ribera del Río Grande de la Magdalena, en proporción a la extensión de la ribera de cada municipio.

Para el giro de la participación ordenada por el artículo 357 de la Constitución Política, de que trata esta Ley, el Programa Anual de Caja se hará sobre la base del 90% del aforo que aparezca en la ley de presupuesto. Cuando en una vigencia fiscal los ingresos corrientes efectivos sean superiores a los ingresos corrientes estimados en el presupuesto, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda procederá a efectuar el correspondiente reaforo y a través del Departamento Nacional de Planeación a asignar los recursos adicionales, en la misma vigencia fiscal o en la subsiguiente, conjuntamente con las sumas correspondientes al 10% del aforo previsto en el presupuesto. Por el contrario, si los ingresos corrientes efectivos son inferiores se dispondrá la reducción respectiva. Tanto para la asignación de recursos adicionales como para la reducción de las transferencias, se tendrán en cuenta las reglas de distribución previstas en esta ley.

El giro de los recursos de esta participación se hará por bimestres vencidos, dentro de los primeros 15 días del mes siguiente al bimestre, máximo en las siguientes fechas:

Bimestre Meses Giro

I Enero-Febrero 15 de Marzo

II Marzo-Abril 15 de Mayo

III Mayo-Junio 15 de Julio

IV Julio-Agosto 15 de Septiembre

V Septiembre-October 15 de Noviembre

VI Noviembre-Diciembre 15 de Enero

Reaforo y 10% restante 15 de Abril

Los resguardos indígenas que para efectos del artículo 357 de la Constitución, sean considerados por la ley como Municipios recibirán una participación igual a la transferencia per cápita nacional, multiplicada por la población indígena que habite en el respectivo resguardo. Dicha participación se deducirá del monto total de la transferencia, pero al proceder a hacer la distribución conforme al artículo 24o., no se tendrá en

cuenta para los municipios en cuya jurisdicción se encuentre el resguardo, la población indígena correspondiente. Si el resguardo se encuentra en territorio de más de un municipio, la deducción se hará en función de la proporción de la población del resguardo radicada en cada municipio. La participación que corresponda al resguardo se administrará por el respectivo municipio, pero deberá destinarse exclusivamente a inversiones que beneficien a la correspondiente población indígena, para lo cual se celebrará un contrato entre el municipio o municipios y las autoridades del resguardo. Cuando los resguardos se erijan como Entidades Territoriales Indígenas, sus autoridades recibirán y administrarán la transferencia¹⁰⁰.

Este artículo se considera transitorio mientras se aprueba la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial. El Gobierno dará cumplimiento al artículo transitorio 56, de la Constitución.

CONTROL DE LA PARTICIPACION PARA LOS SECTORES SOCIALES¹⁰¹. Para los efectos de garantizar la debida destinación de la participación para los sectores sociales, sin perjuicio de las actividades de control fiscal y demás controles establecidos en las disposiciones legales, se observarán las siguientes reglas:

¹⁰⁰ Ibid, artículo 25

1. El municipio debe elaborar anualmente un plan de inversiones con cargo a los recursos de la participación para los sectores sociales. El municipio presentará el plan e informes semestrales a la oficina departamental de planeación o a quien haga sus veces, sobre su ejecución y sus modificaciones. El plan de inversiones será presentado al departamento dentro del término que él mismo señale con el fin de que se integre a los planes de educación y salud previsto en esta ley.

2. El municipio garantizará la difusión de los planes sociales entre los ciudadanos y las organizaciones de su jurisdicción. La comunidad, a través de los distintos mecanismos de participación que defina la ley, podrá informar al departamento al cual pertenezca el municipio respectivo, o a las autoridades competentes en materia de control y evaluación, las irregularidades que se presenten en la asignación y ejecución de los recursos.

3. Con base en las informaciones obtenidas, si se verifica que no se han cumplido exactamente las destinaciones autorizadas conforme a esta Ley y a los acuerdos municipales, para los efectos de las sanciones de que trata el párrafo del artículo 357 de la Constitución Política los departamentos

¹⁰¹ Ibid. artículo 23

promoverán la realización de las investigaciones pertinentes ante los organismos de control y evaluación.

REGLAS DE ASIGNACION DE LAS PARTICIPACIONES PARA SECTORES SOCIALES¹⁰². Fueron declarados exequibles por la Corte Constitucional mediante sentencia C-520-94 del 21 de noviembre de 1994>. Las participaciones para sectores sociales se asignarán por los municipios a las actividades indicadas en el artículo precedente, conforme a las siguientes reglas:

1. En educación, {el 30%}
2. En salud, el {25%}
3. En agua potable y saneamiento básico, {el 20%, cuando no se haya cumplido la meta de cobertura de un 70% de la población con Agua Potable. Según concepto de la Oficina Departamental de Planeación o de quien haga sus veces se podrá disminuir este porcentaje, cuando se acredite el cumplimiento de metas mínimas y destinarlo a las demás actividades.
4. En educación física, recreación, deporte, cultura y aprovechamiento del tiempo libre, {el 5%}.

¹⁰² Ibid, artículo 22.

5. {En libre inversión conforme a los sectores señalados en el artículo precedente, el 20%.}

6. En todo caso a las áreas rurales se destinará como mínimo el equivalente a la proporción de la población rural sobre la población total del respectivo municipio, tales porcentajes se podrán variar previo concepto de las oficinas departamentales de planeación.

En aquellos municipios donde la población rural represente más del 40% del total de la población deberá invertirse adicionalmente un 10% más en el área rural.

Los porcentajes definidos en el presente artículo se aplicarán a la totalidad de la participación en 1999. Antes de este año se podrán destinar libremente hasta los siguientes porcentajes: en 1994 el 50%, en 1995 el 40%, en 1996 el 30%, en 1997 el 20% y en 1998 el 10%; el porcentaje restante en cada año se considerará de obligatoria inversión.

A partir de 1999, los Municipios, previa aprobación de las oficinas departamentales de planeación o de quien haga sus veces, podrán destinar hasta el 10% de la participación a gastos de funcionamiento de la

administración municipal, en forma debidamente justificada y previa evaluación de su esfuerzo fiscal propio y de su desempeño administrativo. El Departamento Nacional de Planeación fijará los criterios para realizar la evaluación respectiva por parte de las oficinas departamentales de planeación, o de quien haga sus veces.

PARTICIPACION PARA SECTORES SOCIALES. Las participaciones a los municipios de que trata el artículo 357 de la Constitución, se destinarán a las siguientes actividades:

2. En Salud: pago de salarios y honorarios a médicos, enfermeras, promotores y demás personal técnico y profesional, y cuando hubiere lugar sus prestaciones sociales, y su afiliación a la seguridad social; pago de subsidios para el acceso de la población con necesidades básicas insatisfechas a la atención en salud, acceso a medicamentos esenciales, prótesis, aparatos ortopédicos y al sistema de seguridad social en salud; estudios de pre-inversión e inversión en construcción, dotación y mantenimiento de infraestructura hospitalaria a cargo del municipio y de centros de puestos de salud; vacunación, promoción de salud, control y vigilancia del saneamiento ambiental y de los consumos que constituyan factor de riesgo para la salud; financiación de programas nutricionales de alimentación complementaria para grupos vulnerables; bienestar materno-

infantil; alimentación escolar; y programas de la tercera edad y de las personas con deficiencias o alteraciones físicas y mentales, en cualesquiera de sus modalidades de atención.

Una vez se ha determinado el techo de recursos que la nación va a girar a los distritos y municipios por concepto de participaciones de inversión social, le resta los recursos contemplados en los tres sistemas especiales y el saldo que constituye la base especial de reparto. Es a esta que se aplican las variables de reparto entre los municipios teniendo en cuenta el porcentaje de cada variable.

Los administradores de los fondos locales o distritales de salud pueden en consecuencia, derivar mayores recursos para la salud, respetando la programación del flujo de caja de sus recursos líquidos percibiendo a través de colocaciones financieras de los mismos rendimientos que se deriven de ellos.

Los recursos así transferidos a los fondos seccionales de salud solamente podrán invertirse en los municipios destinatarios de la transferencia.

Una vez los municipios constituyan su fondo local de salud, cumpliendo los requisitos sobre la materia, se giraran los saldos que les corresponda, comparados los recursos que les fueron girados por el fondo seccional y los que a su favor fueron abonados por Ecosalud a título de transferencia, adicionados con los rendimientos financieros correspondientes.

Toda suma que recaude el municipio o distrito por concepto de rifas menores deberá acreditarse exclusivamente como ingreso del fondo municipal o distrital de salud según sea el caso. En consecuencia para proceder a efectuarlas autorizaciones de que trata el artículo 285 de la Ley 100 de 1993.

3.5 CAPITULO V: RENTAS CEDIDAS A LA SALUD

APLICACION DE LOS RECURSOS DESTINADOS AL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD¹⁰³: Para permitir la correcta ejecución de los citados recursos las disposiciones *contenidas* en las mencionadas Leyes y sus Decretos Reglamentarios, y en concordancia con el Acto Legislativo No. 1 de 1995; la Superintendencia de salud emitió una circular a las entidades políticas y administrativas de los departamentos, distritos y municipios. En ella se aclaró:

¹⁰³ Circular 17 de 1997 de la Superintendencia de Salud.

1. Aquellos municipios y distritos que al final de la vigencia fiscal de 1995, registren saldos de apropiación sin ejecutar de los recursos de su participación en los ingresos corrientes de la Nación destinados en forma obligatoria al sector salud, deberán observar lo dispuesto en el Artículo 35 del decreto 2680 de 1993. Es decir, que estos saldos no comprometidos deberán reasignarse en la vigencia fiscal de 1996, conservando la misma destinación por sectores sociales establecida en el Artículo 21 de la Ley 60 de 1993; igualmente, los saldos comprometidos y no ejecutados o no pagados deberían incluirse en la respectiva reserva presupuestal y de caja.

2. En el caso de salud, el balance general en el ajuste a los presupuestos de ingresos y gastos de 1995, para introducir las modificaciones al Artículo 357 de la Constitución Política, adoptados por el Acto Legislativo No. 1 de 1995, debe ser:

CONCEPTOS

Municipios y Distritos	Libre Asignación	Inversión Salud *
Categoría Especial y 1a.	0 %	25.00 %
Categoría 2a. y 3a.	25 %	18.75 %
Categoría 4a., 5a. y 6a.	30%	17.50 %

* Porcentaje calculado sobre el total de la participación

Las entidades territoriales deben organizar un Fondo local o seccional de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, con unidad de caja, sometida a las normas del régimen presupuestal y fiscal de la entidad territorial, bajo la administración de la

dirección seccional o local de salud, cuyo ordenador del gasto será el respectivo jefe de la administración o su delegado. A dicho fondo, se deberán girar todas las rentas nacionales cedidas o transferidas, con destinación específica, para la dirección y prestación de servicios de salud; los recursos correspondientes al situado fiscal para la salud; los recursos libremente asignados para la salud, y, en general, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial, respectivo, y los recursos directos o provenientes de cofinanciación que se destinen, igualmente, para el sector salud, respetando los recursos de la seguridad, la previsión social y del subsidio familiar.

Para los mismos fines, se podrán organizar por las entidades territoriales locales, fondos de salud que utilicen como unidad de referencia la comuna o el corregimiento, y fondos especiales de suministros y medicamentos, en cada unidad de prestación de servicios.

Sin perjuicio de la unidad de caja, los recursos del situado fiscal, se contabilizarán en forma independiente por cada fondo seccional o local¹⁰⁴.

¹⁰⁴ LEY 10 de 1990. Op.Cit. Capítulo II, artículo 13

El Fondo de Salud es una cuenta especial en el presupuesto de los Departamentos, Distritos y Municipios, con unidad de caja al interior del mismo, sometido a las normas del régimen presupuestal y fiscal de la respectiva entidad territorial¹⁰⁵.

Es objetivo de los Fondos de Salud es facilitar el eficiente y oportuno recaudo, asignación, contabilización, administración y control de los recursos para financiar la dirección y prestación de servicios de salud por parte de los departamentos, distritos y municipios en su respectiva jurisdicción, de conformidad con los criterios de distribución establecidos en la ley.

En los términos establecidos en la Ley 60 de 1993, los Fondos de Salud se crearán y organizarán, a iniciativa del gobernador o alcalde, mediante ordenanza o acuerdo expedido por la respectiva asamblea o concejo, según el caso, o en uso de facultades extraordinarias otorgadas para tal fin a las respectivas autoridades.

¹⁰⁵ Ibid, Decreto No. 1893 DE 1994

La ordenación del gasto y la administración del Fondo de Salud corresponde al jefe de la respectiva entidad territorial quien, podrá delegar esta atribución en el Director Seccional, Distrital o Municipal del Sistema Territorial de Seguridad Social en Salud correspondiente, el cual cumplirá, para tal efecto, las siguientes funciones:

1. Preparar y presentar para aprobación de la autoridad competente el proyecto de presupuesto de ingresos y egresos del Fondo de Salud, en coordinación con las dependencias señaladas en la ley y el reglamento.
2. Preparar y presentar para la aprobación de la autoridad competente los actos necesarios para la ejecución presupuestal del Fondo de Salud.
3. Velar por el eficiente y oportuno ingreso de los recursos del Fondo de Salud.
4. Velar por el eficiente y oportuno pago de las obligaciones que se hayan contraído con cargo a los recursos del Fondo, debidamente autorizadas en el presupuesto, en el programa anual mensualizado de caja y en los acuerdos de gastos aprobados.
5. Preparar y rendir los informes financieros que se deban presentar al Ministerio de Salud, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, al

Departamento Nacional de Planeación, a la entidad territorial respectiva y los demás que sean solicitados por autoridad competente.

Son ingresos de los Fondos Seccionales de Salud:

a. El Situado Fiscal para salud, asignado al Departamento según el artículo 356 de la Constitución Política, la Ley 60 de 1993 y las demás normas que la desarrollen o complementen.

b. Las rentas e impuestos establecidos en las normas constitucionales y legales con destinación para salud en el departamento, tales como:

- El impuesto sobre la venta de licores de producción nacional, de acuerdo con el artículo 463 del Estatuto Tributario;

- El impuesto sobre las ventas de cervezas y sifones cedidos a la salud;

- El componente del impuesto de registro y anotación con destinación especial a salud, de conformidad con las disposiciones legales sobre la materia.

- Con periodicidad mensual, conforme a la ley, el impuesto a ganadores de loterías;

- Los premios no reclamados de las loterías, cuando contable y legalmente se establezca éste concepto;
- Con periodicidad mensual, conforme a la ley, el impuesto a la venta de billetes de loterías de otros departamentos, bien sea recaudado en primera instancia por beneficencias o loterías;
- Con periodicidad mensual, conforme a la ley, la integridad de las utilidades por la explotación del monopolio rentístico de loterías ordinarias o especiales de carácter departamental, de acuerdo con la apropiación presupuestal existente sin necesidad de cierre contable y en los plazos para el efecto establecidos en las disposiciones legales.
- Con periodicidad mensual, dentro de los treinta (30) días siguientes a la liquidación del sorteo, la integridad de las utilidades provenientes de la explotación del derecho de la respectiva lotería a realizar sorteos extraordinarios, sea que lo haga en forma independiente o asociada, de acuerdo con la apropiación presupuestal existente sin necesidad de cierre contable y en los plazos para el efecto establecidos en las disposiciones legales.

- Las regalías por la concesión del juego de apuestas permanentes, o las utilidades por su explotación directa.
 - La participación que corresponda a la salud por la explotación del monopolio de licores de conformidad con las disposiciones legales sobre la materia;
 - Los impuestos a los formularios, recaudos y premios de los concursos de apuestas sobre eventos hípicas, deportivos y similares;
- c. Las demás partidas diferentes al Situado Fiscal apropiadas directamente para el departamento en el presupuesto nacional, con destino a programas de salud;
- d. Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciban directamente por el departamento con destinación para el sistema territorial de seguridad social en salud;
- e. El valor de los rendimientos por inversiones financieras, de conformidad con lo establecido en la letra e) del artículo 5º del presente decreto;
- f. Los recursos por concepto de tasas o derechos por la expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones fijados por la dirección seccional de salud y que se destinan al sector salud.

g. Los recursos propios de las entidades departamentales que se destinen a cofinanciación de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud a nivel seccional, provenientes de las subcuentas de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de la subcuenta de promoción de la salud, y de ser el caso, de la subcuenta del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, pertenecientes al Fondo de Solidaridad y Garantía, y que no tengan como destino directo las entidades descentralizadas que prestan servicios de salud. Así mismo sus propios recursos que cofinancien proyectos de inversión en cualesquiera de las áreas de la seguridad social en salud.

Los recursos estipulados en el artículo [9o.](#) del decreto 1893 de 1994, con excepción de las transferencias decretadas en su favor por la administración central de la entidad territorial respectiva, serán recaudados y administrados directamente por las Empresas Sociales del Estado del respectivo Departamento. Los demás se transferirán o se pactarán por contrato o convenio con dichas entidades, con cargo a los recursos del Fondo Departamental de Salud de conformidad con el presupuesto del mismo y con el reglamento que en desarrollo de la ley orgánica del presupuesto se expida.

En los Fondos Seccionales de Salud se deberá abrir una subcuenta especial en donde se contabilizarán los recursos del Situado Fiscal que correspondan a los municipios que no hayan obtenido del Departamento la certificación sobre el cumplimiento de los requisitos señalados en el artículo de la Ley 60 de 1993, y que debe administrar dicho Fondo, con el fin de llevar control y garantizar su destinación.

Las rentas y recursos incorporados a los Fondos de Salud son inembargables, en los términos del Estatuto Orgánico del Presupuesto Nacional y sus decretos reglamentarios.

Son ingresos de los Fondos Locales de Salud:

- a. El Situado Fiscal para Salud cuando el municipio respectivo hubiere sido debidamente certificado como descentralizado y conforme a la asignación que le corresponda por el sistema general de reparto adoptado por el departamento según lo dispuesto por la Ley 60 de 1993 y las normas reglamentarias sobre la materia;
- b. Los aportes nacionales diferentes al Situado Fiscal que se apropien directamente al municipio para financiar o cofinanciar programas de seguridad social en salud;

- c. Las rentas y aportes que se cedan y/o asignen al municipio para programas de salud en el presupuesto departamental;
- d. Las partidas libremente asignadas al Fondo Local de Salud en el presupuesto del municipio;
- e. Las partidas que se asignen para programas de salud en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo [357](#) de la Constitución Política, la Ley 60 de 1993 y sus normas reglamentarias.
- f. El valor de los rendimientos de las inversiones financieras que se generen de conformidad con lo establecido en el literal f) del artículo 6º. de este Decreto;
- g. Los recursos asignados al municipio por concepto de la distribución del producto de la empresa de capital público creada para la explotación del monopolio de arbitrio rentístico señalado en los artículos 135o y 1136o del Decreto 1298 de 1994 y las normas que lo adicionen o modifiquen;
- h. Las utilidades de la lotería municipal, en los casos especiales en que ésta exista por mandato de la ley, incluidas las provenientes de la explotación del derecho que ejerza dicha lotería a realizar sorteos extraordinarios sea que lo haga en forma independiente o asociada.

i. Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de los juegos de suerte y azar administrados por ECOSALUD;

j. Las sumas recaudadas por los conceptos de explotación o impuestos generados por las rifas cuya concesión o permiso corresponda a los alcaldes municipales, en los términos dispuestos en el artículo [135](#) del Decreto Ley 1298 de 1994 y la reglamentación respectiva.

k. Los recursos del municipio que se destinen a la cofinanciación de los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud a nivel local, provenientes de las subcuentas de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de la subcuenta de promoción de la salud, y de ser el caso, de la subcuenta del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, pertenecientes al Fondo de Solidaridad y Garantía, y que no tengan como destino directo las entidades descentralizadas que prestan servicios de salud en el municipio.

Así mismo sus propios recursos que cofinancien proyectos de inversión en cualesquiera de las áreas de la seguridad social en salud.

l. Los recursos por concepto de tasas o derechos por la expedición de permisos, licencias, registros y certificaciones fijados por la Dirección Local de Salud y que se destinen al sector salud en el municipio.

m. Los recursos y aportes que a cualquier título se reciban directamente por el municipio con destinación para el Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud;

n. El componente del impuesto de registro y anotación con destinación a la salud, de conformidad con las disposiciones legales sobre la materia, siempre y cuando el Departamento lo haya cedió a los municipios.

ñ. Los impuestos por concepto de circulación de boletas de rifas.

o. Las demás rentas y recursos que se generen para el municipio con destino a la salud y sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 9o del Decreto en mención.

Los recursos estipulados en el artículo 9o. del decreto 1893 de 1994, con excepción de las transferencias decretadas en su favor por la administración central de la entidad territorial respectiva, serán recaudados y administrados directamente por las Empresas Sociales del Estado del respectivo municipio. Los demás se transferirán o se pactarán por contrato o convenio con dichas entidades, con cargo a los recursos del Fondo Municipal de Salud de conformidad con el presupuesto del mismo y con el reglamento que en desarrollo de la ley orgánica del presupuesto se expida.

Además de los ingresos contemplados en el artículo 7° del Decreto 1893 de 1994, a los Fondos de Salud Distritales ingresarán:

a. El Situado Fiscal para salud, asignado a los Distritos según el artículo 356 de la Constitución política, la Ley 60 de 1993 y las normas que lo desarrollen, complementen o adicionen.

b. Las rentas e impuestos establecidos en las normas constitucionales y legales con destinación para salud en los Distritos, tales como:

- El impuesto sobre las ventas de cervezas y sifones cedidos en favor de la salud;

- Un componente de los impuestos de registro y anotación que se cause en su jurisdicción, conforme a las disposiciones legales sobre la materia, siempre y cuando el departamento lo haya cedido a los distritos, salvo el caso del Distrito Capital que se regirá por las disposiciones especiales que lo regulan;

- El impuesto sobre las ventas de licores de producción nacional que le corresponda según las disposiciones legales, para el caso de Santa Fe de Bogotá

- Las regalías por la concesión del juego de apuestas permanentes, o las utilidades por su explotación directa.
- Los impuestos a los formularios, recaudos y premios de los concursos de apuestas sobre eventos hípicas, deportivos y similares;
- Las utilidades de las Loterías Distritales, incluidas las provenientes de los sorteos extraordinarios que esta realice, sea en forma independiente o asociada;

El impuesto a la venta de billetes de loterías de otros departamentos, distritos o municipios autorizados por la ley;

- El impuesto a ganadores que recaude la Lotería propia.

Se consideran recursos de las Empresas Sociales del Estado, en la respectiva entidad territorial, entre otros, los siguientes¹⁰⁶:

- a. Las transferencias recibidas o los recursos convenidos provenientes del Departamento, Distrito o Municipio, o las que se incluyan como parte del presupuesto de ingresos y rentas de la respectiva Empresa Social en cada vigencia fiscal, conforme al régimen especial que adopte la ley orgánica del presupuesto y la reglamentación respectiva.

- b. Las donaciones y aportes voluntarios de los particulares.
- c. Las cuotas de recuperación que deben pagar los usuarios de acuerdo con su clasificación socioeconómica para acceder a los servicios médico - hospitalarios.
- d. Los ingresos por venta de servicios.
- e. Los ingresos por concepto del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, conforme a la reglamentación que se expida sobre la materia.
- f. Los aportes provenientes de los Fondos asignados a las Juntas Administradoras Locales, donde los hubiere, y de entidades que financien programas de seguridad social en salud, en los términos en que lo definan los reglamentos presupuestales a ellos aplicables.
- g. Los ingresos por venta de medicamentos.
- h. Los recursos provenientes de la cooperación internacional
- i. Los rendimientos financieros por la inversión de sus recursos.
- j. Los aportes de organizaciones comunitarias.
- k. Los recursos provenientes de arrendamiento.

¹⁰⁶ Ibid, Decreto 1893 de 1994, artículo 9°

l. Los ingresos provenientes de entidades públicas o privadas para programas especiales.

ah. Los recursos provenientes de programas de cofinanciación.

m. Otros ingresos con destinación a la financiación de sus programas recibidos a cualquier título.

Los Fondos de Salud se regirán por las normas fiscales, presupuestales y contables de las entidades territoriales respectivas.

La Dirección del Sistema de Seguridad Social en Salud de una entidad territorial, en coordinación con la Secretaría de Hacienda, o la dependencia que haga sus veces, preparará el proyecto de presupuesto de ingresos y gastos del Fondo de Salud.

Las Empresas Sociales del Estado elaborarán autónomamente el proyecto de presupuesto de ingresos y gastos y lo presentarán a la respectiva Dirección Territorial del Sistema de Seguridad Social en Salud que corresponda, con el

fin de lograr su adecuación a los planes, programas y políticas de seguridad social en salud de la misma entidad territorial.

La contabilidad del Fondo de Salud se llevará en una cuenta especial dentro del Sistema Contable General de la entidad territorial, de acuerdo con su régimen contable y las normas que al respecto establezca el Contador General, conforme a lo dispuesto en el artículo 354 de la Constitución Política.

Los recursos del Fondo serán depositados en una cuenta especial denominada Fondo de Salud.

Las corporaciones administrativas de elección popular y las autoridades de las entidades territoriales en ningún caso podrán variar la destinación y orden de prioridades de los recursos establecidas en la Ley 60 de 1993, y las normas que la reglamenten o adicionen, de los recursos del Situado Fiscal para Salud, las rentas de recaudo seccional cedidas por la nación y las otras rentas con destinación específica para salud.

Las loterías, licoreras, beneficencias, los sujetos pasivos de impuestos con destinación para el sector salud y las demás personas y entidades obligadas a transferir recursos para el sector no podrán realizar directamente gasto alguno con cargo a estos recursos.

Estas entidades o personas deberán girar en su totalidad estos recursos a los Fondos de Salud, al igual que los rendimientos financieros que se obtengan por la inversión o manejo de los mismos, dentro de los plazos legalmente establecidos para tal fin.

Las inversiones de participación social con destinación especial para salud, deberán ingresar al fondo municipal o distrital de salud que corresponda.

Para tal efecto, deberán constituirse las subcuentas de que trata el presente Decreto y contabilizarse los recursos conforme a las disposiciones legales sobre la materia.

Los recursos de ECOSALUD que correspondan a los municipios que no hayan constituido los fondos municipales de salud de que trata el presente Decreto, se girarán a los fondos seccionales de salud. En éstos últimos se

constituirá una subcuenta especial y se contabilizarán los recursos por municipio.

Los recursos transferidos a los fondos seccionales de salud de que trata el inciso anterior, solamente podrán invertirse en los municipios destinatarios de la transferencia. No obstante los municipios accederán a los recursos mediante la presentación de proyectos que deberán aprobar la dirección seccional de salud. Los rendimientos financieros que produzcan los recursos se abonarán a buena cuenta del municipio beneficiario¹⁰⁷:

- 1o. La Ley 10 de 1990 en su artículo 43, establece que el producto resultante por concepto de todas las modalidades de juegos de suerte y azar diferentes a las loterías y apuestas permanentes existentes, menos el valor de los premios pagados, menos el porcentaje del quince por ciento (15%) como máximo para costos y gastos de inversión, producción, administración, venta y publicidad, más las utilidades de Ecosalud S. A., se distribuirá de la siguiente forma:
- a) 50% para distribuir entre los municipios en proporción directa a las ventas que se ejecuten en su territorio;
 - b) 50% como mínimo, para distribuir entre todos los municipios del país en proporción directa a su población y en proporción inversa a su desarrollo

¹⁰⁷ Resolución 2481 de Ecosalud de 1999

socioeconómico según fórmula aprobada por el Consejo Directivo de Ecosalud.

2o. El Consejo Directivo de Ecosalud S. A. en Sesión número 29 de noviembre 10 de 1992, modifica el Acuerdo número 06 de julio 7 de 1992 expidiendo el Acuerdo número 09 de noviembre 10 de 1992, mediante el cual señala la modificación de la base de cálculo de las transferencias a que hace referencia el numeral 3o. del artículo 43 de la Ley 10 de 1990.

3o. Los índices señalados anteriormente fueron calculados por Ecosalud S.A., con base en los datos suministrados por el DANE, organismo responsable de la información y de la calidad de la estadística en Colombia.

4o. Ecosalud S. A. dispone de la suma de dos mil trescientos cincuenta y seis millones doscientos ochenta y un mil quinientos seis pesos (\$2.356.281.506) moneda corriente, como producto económico generado por los siguientes conceptos durante el mes de noviembre de 1999.

Juegos Intermedios mil sesenta y tres millones ochocientos veintiún mil trescientos noventa y nueve pesos (\$1.063.821.399) moneda corriente,
Juegos Menores la suma de setecientos diecisiete millones ciento siete mil setecientos treinta y tres pesos (\$717.107.733) moneda corriente,
Rendimientos de cuentas bancarias e inversiones la suma de ciento cuatro

millones cuatrocientos veinticuatro mil cuarenta y dos pesos (\$104.424.042) moneda corriente, Intereses de Mora la suma de cuatro millones novecientos diecinueve mil cuatrocientos sesenta y ocho pesos (\$4.919.468) Transferencias de Promocionales la suma de cuatrocientos treinta y un millones novecientos dieciocho mil ochocientos sesenta y cuatro pesos (\$ 431.918.864) moneda corriente. Transferencias de sorteos de capitalización la suma de treinta y cuatro millones noventa mil pesos (\$34.090.000) moneda corriente.

Al aplicar los porcentajes de distribución señalados en la Ley 10 de 1990 se obtienen las siguientes cifras:

Recaudos Juegos Intermedios	nov//99 \$1.063.821.399
Recaudos Juegos Menores	nov/99 \$717.107.733
Rendimientos de Cuentas Bancarias e Inversiones	nov/99 \$ 104.424.042
Intereses de Mora - Transf.	nov/99 \$ 4.919.468
Transferencias de Promocionales	nov/99 \$431.918.864
Transferencias de Sorteos de capitalización	nov/99 \$34.090.000
TOTAL A DISTRIBUIR MUNICIPIOS	\$ 2.356.281.506

50. EL CONSEJO DIRECTIVO DE ECOSALUD S. A. ORDENA A LOS MUNICIPIOS DEL PAÍS QUE HASTA LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE PROVIDENCIA NO HAYAN CREADO LOS FONDOS TRANSFERENCIA DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 43 DE LA LEY 10 DE 1990, SE LE DEBE SITUAR A LOS FONDOS SECCIONALES DE SALUD, CON INDICACIÓN CLARA DEL MONTO QUE LE CORRESPONDE A CADA MUNICIPIO, SIEMPRE Y CUANDO LOS FONDOS SECCIONALES RESPECTIVOS SEAN ACREDITADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y HAYAN CERTIFICADO A ECOSALUD SU CUENTA BANCARIA.

Ecosalud¹⁰⁸ La Empresa colombiana de Recursos para la Salud S.A., será una sociedad entre entidades públicas del orden nacional, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, de la forma de las anónimas, sometida en lo pertinente al régimen previsto para las empresas industriales y comerciales del Estado, pertenecientes al sector salud y que se organiza conforme a lo dispuesto por los Decretos-Ley 1050 y 3130 de 1968, 130 de 1976 y los presentes estatutos.

La duración de la sociedad es de 100 Años, contados a partir de la fecha del otorgamiento de la escritura No. 4379 del 23 de julio de 1990, por la cual se constituyó la sociedad como empresa colombiana de juegos de suerte y azar "Coljuegos Ltda.", pero podrá prorrogar este término o disolverse anticipadamente con arreglo a los presentes estatutos y a la Ley.

¹⁰⁸ Decreto 271 de 1991, Aprobación de estatutos de Ecosalud

El objeto de la sociedad será la administración y explotación del monopolio rentístico creado por el artículo 42 de la Ley 10 de 1990, en desarrollo del cual podrá realizar todos los actos directamente relacionados con éste y los que tengan como finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legal o convencionalmente derivadas de su existencia y actividad, tales como mejorar, extender, modernizar, dirigir y administrar las actividades propias de este monopolio, así como las contenidas en los presentes estatutos.

Para el desarrollo de su objetivo, la Sociedad, conforme a las normas legales tendrá las siguientes competencias:

- a). Expedir los actos y celebrar todos los contratos y convenios para el cumplimiento de su objeto;
- b). Introducir al País la tecnología necesaria para desarrollar e implementar modalidades de juegos de suerte y azar diferentes de las loterías y apuestas permanentes existentes;
- c). Ejecutar directamente o mediante contrato con terceros, modalidades de juegos de suerte y azar diferentes a las loterías y apuestas permanentes existentes en el País, dentro de los límites establecidos por el artículo 43 de la Ley 10 de 1990 y demás normas concordantes;

- d). Efectuar las operaciones financieras y bursátiles necesarias para garantizar de manera óptima el manejo y el rendimiento de sus recursos;
- e). Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de su objeto.

El Consejo Directivo estará integrado por los siguientes miembros:

- a). El Ministro de Salud o el Viceministro como su delegado, quien lo presidirá;
- b). El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado;
- c). Un representante del Presidente de la República;
- d). Dos (2) miembros representantes de los accionistas o sus respectivos suplentes.

El secretario general de la empresa o quien haga sus veces, será el secretario del Consejo Directivo.

2.- El proyecto de distribución del producto económico, con la deducción de una suma calculada para el pago de impuestos sobre la renta y sus complementarios por el correspondiente ejercicio gravable.

3.- El informe sobre la situación económica y financiera de la Sociedad y la forma como llevó a cabo su gestión, con las medidas cuya adopción recomienda al Consejo Directivo.

4.- El informe escrito del Auditor Fiscal de la Contraloría General de la República.

3.5.1 Juegos de Azar:

La Ley 10 de 1990, en el artículo, creó el monopolio de propiedad de la nación sobre los juegos de suerte y azar, diferentes a las loterías y las apuestas permanentes existentes. Esta norma fue los Alcaldes municipales.

El inciso 2o., del artículo [285](#), de la Ley 100 de 1993, define las "rifas menores", como aquellas que no son de carácter permanente, pago de premios en especie, no excede los 250 salarios mínimos legales mensuales vigentes y se ofrecen al público, exclusivamente, en el respectivo territorio del municipio o distrito¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Circular externa número 46 de 1997 de la Superintendencia de Salud

Con la promulgación de la Ley 100 de 1993, las rifas menores son un arbitrio rentístico de la Nación cedido a los Municipios y Distritos, en tal sentido deben ejercer sus funciones de autorización, administración, explotación y recaudo de los recursos que generan. La destinación del producto económico, proveniente de éstas, es el financiamiento, exclusivo, de la salud de los Municipios o Distritos - inciso 3o.

La Empresa Colombiana de Recursos para la Salud es la entidad creada por el Estado Colombiano para generar recursos para la salud municipal, por la explotación del monopolio de arbitrio rentístico de los juegos de azar, diferentes a las loterías, las apuestas permanentes existentes y las rifas menores. Por lo tanto, Ecosalud S.A., por el momento, es la única entidad que tiene la facultad para autorizar la operación, en todo el territorio nacional, de los juegos de azar diferentes a los mencionados.

De acuerdo con sus facultades y funciones Ecosalud, ha expedido diversos actos administrativos que clasifican, definen y regulan los juegos de azar, así:

1 Juegos Mayores: Son los juegos con alto volumen de ventas y circulación nacional, cuya operación requiere el uso de tecnología de borde, o frontera, apropiada para su normal desarrollo. Entre otros, se consideran mayores, los juegos y/o apuestas operados mediante sistemas computarizados en línea.

2 Juegos Novedosos: Son creaciones intelectuales caracterizadas por su originalidad en el objeto y/o en el sistema de operación del juego.

3 Juegos Intermedios: Son los juegos con mediano volumen de ventas y circulación nacional, regional o local. Se consideran entre otros, los instrumentos propios de casinos, bingos electrónicos, la explotación masiva de máquinas tragamonedas y todos los demás juegos con características similares.

Ahora, según la reglamentación expedida por Ecosalud S.A., las transferencias a la salud, que un operador debe pagar, para catalogar un juego como intermedio, son:

Casino Local: La transferencia mensual no podrá ser inferior a 25 salarios mínimos mensuales legales vigentes, teniendo en cuenta, entre otros aspectos, la ubicación, el número de instrumentos y las instalaciones

Casino Internacional: La transferencia mensual no podrá ser inferior a 40 salarios mínimos mensuales legales vigentes, se tienen en cuenta, los mismos aspectos de los Casinos Locales.

Máquinas Tragamonedas: La tarifa de la transferencia mensual por cada máquina, se liquida con base a un porcentaje del salario mínimo mensual legal vigente, de acuerdo al valor de apuesta de la máquina. Son catalogadas como juego intermedio, cuando la transferencia mensual es superior a 25 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Salones de Bingo Electrónico: La transferencia mensual no podrá ser inferior a 25 salarios mínimos mensuales legales vigentes. Adicionalmente, se tiene en cuenta el número de sillas, precio promedio del cartón, número de juegos diarios, las instalaciones, la ubicación, entre otras.

Para los juegos intermedios diferentes a los anteriores, en todo caso, la transferencia mensual deberá ser superior a 25 salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Juegos Menores: Son los de bajo volumen en ventas con circulación local, como las rifas mayores cuyo plan de premios exceda de 250 salarios

mínimos mensuales, bingos, poliedros, esferódromos, primera, dados, gimba, máquinas electrónicas tragamonedas, plumilla, tute, póker tapado, juegos con naipes, apuestas sobre riñas de gallos y demás juegos con características análogas.

Para juegos menores las transferencias son establecidas con base en un porcentaje del salario mínimo mensual legal vigente, teniendo en cuenta las diferentes características de cada uno de los juegos menores y el número de habitantes del municipio donde operan.

Las características de cada juego autorizado por Ecosalud S.A., se rige por lo establecido en las resoluciones que los reglamentan, por ello cuando se autoriza la operación de un juego, se anexa el reglamento respectivo.

Transferencias al sector salud: Este consiste en el pago que hacen los operadores, con destinación exclusiva, para ser transferidos dichos recaudos a los municipios de todo el país.

Los operadores deben cancelar a Ecosalud S.A. por este concepto, los montos señalados en la Resolución No. 1759 del 27 de diciembre de 1995, o la que la modifique.

Derechos de Explotación: Estos son los dineros que deben cancelar los operadores autorizados por Ecosalud S.A., que son destinados a los gastos administrativos de ésta.

Los operadores pagan a Ecosalud S.A., los montos señalados por la Resolución No. 1759 del 27 de diciembre de 1995, o la que la modifique.

3 Impuesto de Circulación: Todo billete o tiquete de apuesta de juego de suerte y azar, debe pagar un impuesto de circulación del diez por ciento (10%), a favor del municipio donde opere. Esto según la reglamentación de cada municipio.

El inciso 4o. del artículo 336 de la Constitución Política de Colombia, establece que las rentas obtenidas en el ejercicio de los monopolios de suerte y azar, están destinadas, exclusivamente, a los servicios de salud.

De conformidad con el artículo 43 Ley 10 de 1990, la distribución de los recursos entre los municipios se realiza, así:

50% para todos los municipios en proporción directa a las ventas ejecutadas en cada uno.

50% para todos los municipios en proporción directa a la población, e inversa a su desarrollo socioeconómico, según la fórmula aprobada por el Consejo Directivo.

El Consejo Directivo por el Acuerdo No. 09 del 10 de noviembre de 1992, adoptó la siguiente fórmula para realizar la distribución del 50% señalado en el numeral 3o. del artículo 43 de la Ley 10:

Asignación municipal por fórmula:

El 50%= valor a asignar * $\{0.25*(POBm/POBt)+0.75*(PPNBI m/PPNBt)\}$

Donde,

POB: Población

PPNBI: Porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas.

m: Dato nivel municipal.

t: Dato consolidado nivel nacional.

Meses: Corresponden a los meses que se están reportando. -trimestre-.

Fecha Recibido: Es la fecha en la cual se recibe, efectivamente, la transferencia de Ecosalud S.A.

Valor Recibido: Es el monto que ingresa, proveniente de Ecosalud S.A.

3.5.1.1 Rifas: La rifa es una modalidad de juego de suerte y azar mediante la cual se sortean premios en especie entre quienes hubieren

adquirido o fueren poseedores de una o varias boletas, emitidas en serie continua, distinguidas con un número de no más de cuatro dígitos y puestas en venta en el mercado a precio fijo para una fecha determinada por un operador previa y debidamente autorizado. Para todos los efectos las rifas se clasifican en mayores y menores¹¹⁰.

Rifas menores, Son aquellas cuyo plan de premios tiene un valor comercial inferior a doscientos cincuenta (250) salarios mínimos legales mensuales, circulan o se ofrecen al público exclusivamente en el territorio de un municipio o Distrito y no son de carácter permanente.

Rifas mayores Son aquellas cuyo plan de premios tienen un valor comercial superior a los doscientos cincuenta (250) salarios mínimos legales mensuales, o aquellas que se ofrecen al público en más de un municipio o Distrito o que tienen carácter permanente.

Las rifas permanentes son las que realice un mismo operador con sorteos diarios, semanales, quincenales o mensuales en forma continua o interrumpida, independientemente de la razón social de dicho operador o del plan de premios que oferte y aquellas que, con la misma razón social,

¹¹⁰ LEY 10 de 1990, Op. Cit. Decreto 1660 de 1994, artículo 1 y 2

realicen operadores distintos diariamente o en forma continua o interrumpida.

Corresponde a la Empresa Colombiana de Recursos para la Salud S.A., Ecosalud S.A., o quien haga sus veces, reglamentar y conceder los permisos de ejecución, operación o explotación de rifas mayores y de los sorteos, concursos de carácter promocional o publicitario.

Las transferencias al sector salud serán como mínimo del 14% del monto del resultado de multiplicar el número de sorteos a desarrollar en la vigencia del permiso por el valor de cada boleta, por el 50% del número total de boletas emitidas. De igual manera, se liquidarán derechos de explotación que corresponderán a las tres catorceavas partes (3/14) de las transferencias totales al sector salud y deberán ser cancelados de manera anticipada, como requisito previo para el otorgamiento del permiso.

En lo que se refiere a las rifas sin ánimo de lucro, teniendo en cuenta que su propósito es otorgar un beneficio de contenido social y no tienen carácter comercial, la base para liquidar las transferencias al sector salud tendrán en cuenta los factores de liquidación señalados en el artículo 50 de esta

resolución. Empero sustancialmente diferentes así. Se multiplicará el porcentaje del 50% del número total de boletas emitidas, multiplicado por el valor de cada boleta, por el número de sorteos a realizar durante la vigencia del permiso. De igual manera se liquidarán derechos de explotación sobre la base de una catorceava (1/14) parte del valor total de las transferencias generadas¹¹¹.

Las rifas menores pagarán por concepto de derechos de operación al respectivo municipio distrito, una tarifa según la siguiente escala¹¹²:

1.

Para planes de premios de cuantía igual o inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales, un seis por ciento (6%) del valor del respectivo plan.

2. Para planes de premios de cuantía entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos legales mensuales, un siete por ciento (7%) del valor del respectivo plan.

3. Para planes de premios entre tres (3) y veinte (20) salarios mínimos legales mensuales, el ocho (8%) del valor del plan de premios.

¹¹¹ Resolución Ecosalud 183 del 2000

4. Para planes de premios entre veinte (20) y doscientos cincuenta (250) salarios mínimos legales mensuales, un doce (12%) por ciento del valor del plan de premios.^o

3.5.1.2 Loterías: Los Departamentos en que el producto de las loterías tenga destinación al servicio de la instrucción o de las obras públicas, se respetará esa destinación¹¹³.

Se señala el sesenta y cuatro por ciento (64%) del valor de los billetes que componen cada sorteo, como el mínimo que podrá destinarse al pago de los premios; y el catorce por ciento (14%) del mismo valor como el mínimo de participación que en cada sorteo debe corresponder al respectivo Departamento.

Se faculta a los Departamentos para prohibir y reglamentar las loterías en su territorio, y para prohibir en él la circulación y venta de billetes de loterías extranjeras o de las de otros Departamentos o para gravarlas hasta con un

¹¹² Ibid, Decreto 1660 de 1994

diez por ciento (10%) del valor nominal de cada billete. Este gravamen ingresará íntegramente al fondo de la beneficencia pública¹¹⁴.

Es propiedad exclusiva de los Departamentos, Intendencias y Comisarías el impuesto del dos por ciento (2%) sobre los premios de loterías, establecido por el artículo 2o. de la Ley 143 de 1938, y demás disposiciones concordantes y complementarias, en las condiciones señaladas en los artículos 2o. y 3o. de la Ley 1a. de 1961¹¹⁵.

Se faculta a las Asambleas Departamentales para gravar hasta con un diez por ciento (10%) del valor nominal de cada billete, destino exclusivo a la asistencia pública, la venta de billetes de loterías de otros Departamentos¹¹⁶.

Se señala el sesenta y cuatro por ciento (64%) del valor de los billetes que componen cada sorteo, como el mínimo que podrá destinarse al pago de los premios; y el catorce por ciento (14%) del mismo valor como el mínimo de

¹¹³ LEY 64 de 1923, artículo 1°

¹¹⁴ Ibid, artículo 4°

¹¹⁵ LEY 60 de 1993. Op. Cit. Decreto 1222 de 1986, artículo 163

¹¹⁶ Ibid, artículo 164.

participación que en cada sorteo debe corresponder al respectivo Departamento¹¹⁷.

En caso de que en los billetes que no se hayan dado a la venta se encuentren los premios, la lotería destinará el setenta por ciento (70%) de esos premios a la Beneficencia.

Los Gobernadores quedan encargados de velar por el estricto cumplimiento de estas normas, e impondrán a los infractores de él multas iguales al valor total de dichas rifas. El producto de tales multas ingresará al fondo especial de beneficencia del respectivo Departamento.

El Gobierno, a través de las disposiciones reglamentarias a la presente Ley, determinará la entidad o entidades encargadas de su administración.

Las entidades que se e anteriormente, sólo podrán autorizar dicho juego dentro del territorio respectivo Loterías. La Lotería o Beneficencia trasladará al Servicio Seccional de Salud correspondiente, dentro de los diez (10)

¹¹⁷ Ibid, artículo 194.

primeros días de cada mes, los ingresos a que se refiere esta Ley. al cual pertenecen y podrán utilizar los resultados de los sorteos ordinarios de otras.

Con el objeto de atender al servicio de los bonos del empréstito patriótico que emita el Gobierno se establecen los siguientes gravámenes:

Un impuesto del cinco por ciento (5%) sobre el valor de los billetes de rifas y del diez por ciento (10%) del valor de los billetes de lotería que componen cada sorteo. En tal virtud el mínimo que podrá destinarse al pago de los premios será del cincuenta y cuatro por ciento (54%) en vez del sesenta y cuatro por ciento (64%) establecido en el artículo 2o. de la Ley 64 de 1923. Este impuesto no afectará los impuestos departamentales ya establecidos o que se establezcan en virtud de las autorizaciones legales vigentes y los Municipios no podrán gravar las loterías ni los premios en ninguna forma¹¹⁸.

El Decreto 668 de 1975 reglamentó el artículo 1º de la Ley 64 de 1923 y este decía que solamente los departamentos podrían establecer una lotería con premios en dinero, y con el único fin de destinar su producto a la

¹¹⁸ LEY 12 de 1923, Artículo 7º, numeral 2º

asistencia pública. Y estipuló que los planes y programas de recuperación y prevención de la salud serán los que lleve a cabo el Servicio Seccional de Salud, de conformidad con los respectivos planes seccionales aprobados por el Ministerio de Salud Pública. El producido de las loterías legalmente establecidas en el país, deducidos los gastos de su administración, será destinado con exclusividad para la asistencia pública del territorio respectivo y deberá transferirse directamente a los Servicios Seccionales de Salud¹¹⁹.

3.5.1.3 Apuestas permanentes: Se autoriza a las Loterías establecidas por la Ley 64 de 1923, a las Loterías de Bogotá y Manizales o a las Beneficencias que las administren, para utilizar los resultados de los premios mayores de los sorteos de todas ellas en juegos de apuestas permanentes con premios en dinero. Estos juegos podrán ser realizados por las mismas entidades o mediante contrato de concesión con particulares.

Los ingresos provenientes de estos juegos, previa deducción de los gastos de administración se destinarán exclusivamente a los programas que adelantan los servicios Seccionales de salud¹²⁰.

¹¹⁹ Decreto 668 de 1975, artículo 1° y 2°.

¹²⁰ LEY 60 de 1993, Op. Cit. Decreto de 1986, artículo 199

Se autoriza el establecimiento de Juegos de Apuestas Permanentes en los Territorios Nacionales, utilizando los resultados de los premios mayores de los Sorteos ordinarios de las Loterías legalmente establecidas en el país, cuyo producido se destinará también a los programas que adelantan los Servicios Seccionales de Salud respectivos.

El Gobierno Nacional fijará anualmente el valor de la regalía que deba pagar el concesionario. Las entidades o autoridades competentes establecerán el límite máximo de la apuesta y los incentivos a otorgar¹²¹.

En desarrollo de la Ley 1a. de 1982, las loterías o beneficencias podrán emitir formularios de distintos valores o nominaciones por los cuales los concesionarios pagarán un precio equivalente al 6% del monto total máximo de apuestas posibles por formulario. El valor de estos formularios no se cargará a los apostadores y representa la regalía correspondiente. Los demás aspectos inherentes a los juegos de apuestas permanentes no regulados en este Código, continuarán rigiéndose por el Decreto legislativo 386 de 1983

¹²¹ Ibid, Artículo 200.

El Gobierno reglamentará el juego de apuestas permanentes con premios en dinero al cual se refiere este Código. Dicho reglamento será el mismo para los Departamentos, el Distrito Especial de Bogotá y los Territorios Nacionales. Esta prohibido establecer impuestos directos o indirectos sobre los juegos de apuestas permanentes de que trata el presente Decreto.

Los servicios seccionales de salud quedan obligados a invertir un treinta por ciento (30%) como mínimo de los ingresos obtenidos por lo dispuesto en los artículos anteriores en programas de acueductos y alcantarillados en la comprensión municipal de las poblaciones que tengan menos de cien mil habitantes.

3.5.1.4 Gravámenes a concursos y apuestas Hípicas o Caninos¹²²:

En ejercicio del monopolio rentístico creado por el artículo 336 de la Constitución Política, se establece una tasa sobre los concursos hípicas o caninos y de las apuestas mutuas sobre el espectáculo hípico o canino de las carreras de caballos o canes, del uno (1%) por ciento sobre el volumen total de los ingresos brutos que se obtengan por concepto del respectivo juego,

¹²² LEY 6 DE 1992 Diario Oficial No. 40.490 del 30 de junio de 1992 IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES IMPUESTO SOBRE LA RENTA Y COMPLEMENTARIOS, artículo 9º

como único derecho que por estos concursos corresponda a la Empresa Colombiana de Recursos para la Salud S.A. ECOSALUD S.A., o a la entidad que señale el Gobierno para el efecto. Tales ingresos se destinarán exclusivamente a los servicios de salud, y se distribuirán a los departamentos, distrito o municipio en la forma que indique el Gobierno.

Los impuestos, tasas y cualquier tipo de gravamen que se establezca sobre los concursos o las apuestas hípcas o caninas, diferentes al impuesto nacional de ganancias ocasionales, sólo podrán ser de carácter departamental, distrital o municipal donde se realice dicha actividad y no podrán exceder con aquel, el dos (2%) por ciento del volumen total de los ingresos brutos que se obtengan por concepto del respectivo juego. En todo caso tales ingresos estarán destinados exclusivamente a los Servicios de Salud. Los premios y apuestas de los concursos hípcos o caninos, y de las apuestas mutuas sobre el espectáculo hípcico o canino de las carreras de caballos o canes, sólo se podrán gravar con el impuesto nacional de ganancias ocasionales y con los gravámenes previstos en el inciso anterior.

En el caso de los concursos hípicos o caninos, y de las apuestas mutuas sobre el espectáculo hípico o canino de las carreras de caballos o canes, el valor que se distribuya entre el público no podrá ser inferior al setenta y cinco por ciento (75%) del volumen total recaudado por concepto del respectivo juego.

Los impuestos a fijar por los municipios sobre los concursos o apuestas hípicas o caninas en ningún caso serán inferiores al treinta por ciento (30%) del impuesto máximo disponible para departamentos, distritos y municipios estipulados por esta Ley.

Con el objeto de fomentar y sostener las entidades benéficas y de asistencia social se estableció un impuesto del veinte por ciento (20%) sobre el valor total de las sumas recaudadas en las apuestas del cinco y seis o similares. Para el efecto de este impuesto se tendrán en cuenta el total de las sumas recaudadas por el valor de los formularios y las cantidades que se jueguen en cada concurso¹²³.

Se adiciona el Presupuesto de Rentas con la suma de trece millones de pesos (\$13.000.000.00). En igual cantidad se adiciona el presupuesto de gastos del Ministerio de Salud Pública en el artículo para auxilios destinados al sostenimiento y dotación de los hospitales del país, dentro del plan de

¹²³ LEY 47 de 1958, Artículo 1º.

asistencia pública y hospitalaria nacional, que complementa las campañas sanitarias, según Decreto legislativo número 2554 de 1950, suma que será distribuida por el Gobierno Nacional por decreto separado, en el año¹²⁴. Las sumas que se destinen a la construcción, dotación o sostenimiento de hospitales se invertirán de acuerdo con el Plan Hospitalario Nacional.

Los servicios que, pasan al Ministerio de Salud Pública serán sostenidos con parte de la suma con la cual se adiciona el Presupuesto de Gastos del Ministerio de Salud Pública por el artículo [cuarto](#) de la presente Ley 47 de 1958 . Las sumas restantes de dicha adición presupuestal serán destinadas por el Ministerio de Salud Pública, preferentemente, al sostenimiento de las entidades asistenciales de las secciones del país que menos se favorezcan con los impuestos establecidos por los artículos [segundo](#) y [tercero](#) de la Ley en mención. El Ministerio de Salud Pública, girará a las instituciones respectivas las partidas necesarias para el sostenimiento de los servicios que traspase de acuerdo con el artículo [noveno](#) de la presente Ley.

Por el Decreto 1092 de 1958 se establece un impuesto equivalente al diez por ciento (10%), sobre el total de las sumas recaudadas en las apuestas

¹²⁴ Ibid, artículo 4°.

del "5 y 6", o similares. Para efecto de este impuesto se tendrá en cuenta el total de la suma recaudada por el valor de los formularios y de las sumas jugadas. Y un impuesto del doce por ciento (12%), sobre las sumas pagadas como premios a los ganadores en las apuestas hípcas del "5 y 6". Este impuesto se destina para la Beneficencia o Lotería del Departamento donde haya sido sellado el formulario ganador. Al hacer el pago del respectivo premio, la empresa pagadora descontará el valor de este impuesto y remitirá la suma correspondiente a la Beneficencia o Lotería respectiva.

El decreto 1222 de 1986 en su artículo 169 hace referencia a los impuestos sobre eventos hípcos, deportivos y similares: " El producto de los impuestos establecidos en el artículo 1o., de la Ley 78 de 1966 se entregará en su totalidad a las beneficencias de los Departamentos, Intendencias, Comisarías y Distrito Especial de Bogotá, en proporción a los recaudos efectuados y reparación de instituciones asistenciales y hospitalarias sin ánimo de lucro, de acuerdo con los programas que para cumplir con esta función social elabore el Ministerio de Salud Pública. Del producto de estos impuestos se destinará no menos del ochenta y cinco por ciento (85%) para las instituciones hospitalarias, excepto en el Distrito Especial de Bogotá ".

La Ley 6 de 1992 en el artículo 9° dicta que En ejercicio de monopolio rentístico creado por el artículo 336 de la Constitución Política, se establece una tasa sobre concursos hípicos o caninos y de las apuestas mutuas sobre el espectáculo hípico o canino de la apuestas mutuas sobre el espectáculo de las carreras de caballos o canes, del uno por ciento (1%) sobre el volumen total de los ingresos brutos que se obtengan por concepto del respectivo juego, como único derecho que por estos Recursos para la Salud – Ecosalud S.A., o a la entidad que señale el Gobierno para el efecto.

Los impuestos, tasa y cualquier tipo de gravamen que se establezca sobre los concursos o apuestas hípicas o caninas , diferentes al impuesto nacional de ganancias ocasionales, solo podrán ser de carácter departamental, distrital o municipal donde se realice dicha actividad y no podrán exceder con aquel, el dos por ciento (2%) del volumen total de los ingresos brutos que se obtengan por concepto del respectivo juego. En todo caso, tales ingresos estarán destinados exclusivamente a los servicios de salud.

3.5.1.5 Casinos: La Nación podrá acometer directamente o por contrato la construcción de hoteles – teatros, casinos, e aquellos lugares que juzgue

oportuno. En estos establecimientos, el Gobierno determinará la clase de juegos permitidos¹²⁵.

Los casinos que se establezcan conforme a la ley podrán ser gravados por los Municipios de su ubicación, en la misma forma en que actualmente gravan los juegos permitidos¹²⁶.

3.5.2 Licores: Las Asambleas Departamentales y los Consejos Intendenciales y Comisariales expedirán las normas pertinentes para reglamentar los aspectos administrativos del recaudo del gravamen de consumo y aquellas que sean necesarias para asegurar su pago, impedir su evasión y eliminar el contrabando de los productos de que trata este Código¹²⁷.

En todo caso, el pago del impuesto de consumo aquí contemplado, es requisito para que el producto pueda ser vendido o distribuido.

¹²⁵ LEY 51 de 1944, Artículo 5°.

¹²⁶ Decreto 1333 de 1986.

¹²⁷ Decreto 1222 de 1986

El impuesto de consumo de licores, vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares, se determina sobre el precio promedio nacional al detal en expendio oficial o en defecto de éste, del primer distribuidor autorizado, de la botella de 750 mililitros de aguardiente anisado nacional, según lo determine semestralmente el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Las tarifas por botella de 750 mililitros o proporcionalmente a su volumen, serán las siguientes:

1o. El 35% para licores nacionales y extranjeros.

2o. El 10% para vinos, vinos espumosos o espumantes y aperitivos y similares extranjeros.

3o. El 5% para vinos, vinos espumosos o espumantes, aperitivos y similares nacionales.

Las bebidas alcohólicas destinadas a la exportación o en tránsito no serán objeto de gravamen alguno.

3.5.2.1 Impuesto sobre el consumo de cervezas: El impuesto sobre el consumo de cervezas de producción nacional, se causa en el momento en que el artículo sea entregado por el productor de cerveza para su distribución o venta en el país.

Para los efectos de este decreto, se entenderá que este impuesto se aplica a la cerveza, a los sifones. Sobre el valor de los productos destinados a publicidad, promociones, donaciones, comisiones, se causa igualmente el impuesto.

El impuesto sobre el consumo de cervezas de producción nacional se causa en el momento en que su distribución o venta en el país. Son responsables del pago del gravamen de que trata el presente Decreto las empresas productoras de cervezas y solidariamente con ellas, los distribuidores del producto. El impuesto sobre el consumo de cervezas se calculará con base en el valor de facturación al detallista determinado por la autoridad competente. El gravamen será el cuarenta y ocho por ciento (48%) de este valor.

las mismas para su distribución y venta en el país, deberán liquidar el gravamen para cada entrega con base en el precio de venta al detallista que rija en ese momento en la capital del Departamento sede de la fábrica, de acuerdo con lo establecido en los artículos anteriores.

La contabilidad de los responsables de este impuesto deberá llevarse en forma tal que permita verificar o determinar los factores necesarios para establecer la base de liquidación del impuesto en especial, el volumen de producción, los despachos y retiros. Se tendrán como hechos irregulares en la contabilidad, los indicados en el artículo 654 del Estatuto Tributario, y la sanción se determinará de acuerdo con los artículos 655 y 656 del mismo estatuto o con las disposiciones que lo modifiquen o complementen.

El producto del impuesto sobre el consumo de las cervezas de fabricación nacional se percibirá por los Departamentos, el Distrito Especial de Bogotá, las Intendencias y Comisarías, en proporción al consumo que tales cervezas tengan en la jurisdicción de cada uno de ellos, para cuyo efecto las relaciones de entrega de las fábricas indicarán el destino de cada despacho.

Corresponde a la Dirección General de Impuestos Nacionales la fiscalización, determinación, discusión y cobro administrativo coactivo, para lo cual, aplicará el mismo procedimiento tributario, sanciones e intereses de mora del impuesto sobre las ventas, pero su declaración, liquidación, y pago será mensual. Para todos los efectos, incluida la liquidación y pago, el período al impuesto de consumo de cervezas, sifones será mensual.

La Superintendencia Nacional de Salud, con la reserva de que trata el artículo 583 del Estatuto Tributario y demás normas concordantes, verificará la liquidación y el pago o giro del impuesto, e informará sobre las irregularidades a la Administración de Impuestos Nacionales del domicilio del responsable. Para estos efectos, los productores de cervezas, sifones suministrarán la misma información documental de que trata el artículo 47 del la Ley 15 de 1989.

Dentro del 48% a que se refiere el artículo 154 de este decreto, están comprendidos ocho puntos porcentuales que corresponden al impuesto sobre las ventas de cervezas sifones, que se girarán por las empresas productoras a los fondos seccionales de salud, en proporción al consumo de cervezas en su jurisdicción, con destinación exclusiva a la dirección y

prestación de servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención en salud.

La cesión del impuesto nacional del ocho por ciento (8%) sobre las ventas, que gravaba el consumo de cervezas de producción nacional según el Decreto legislativo 1665 de 1966, y que está comprendido en el impuesto sobre el consumo de cervezas del cuarenta y ocho por ciento (48%) de que trata el Decreto-ley 190 de 1969, la hace la Nación con destinación exclusiva al funcionamiento de hospitales de acuerdo con los planes seccionales de salud y previa aprobación del Ministerio de Salud Pública.

Dentro del 48% a que se refiere el artículo 154 de este decreto, están comprendidos ocho puntos porcentuales que corresponden al impuesto sobre las ventas de cervezas, sifones que se girarán por las empresas productoras a los fondos seccionales de salud, en proporción al consumo de cervezas en su jurisdicción, con destinación exclusiva a la dirección y prestación de servicios de salud en el segundo y tercer nivel de atención en salud.

3.5.3 Impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco: El consumo de cigarrillos de fabricación nacional contengan o no insumos importados, causará en favor de los departamentos, intendencias y comisarías, un impuesto equivalente al 100% sobre el precio de distribución, el cual se establecerá conforme a lo dispuesto en el Decreto extraordinario 214 de 1969¹²⁸.

El consumo de cigarrillos de fabricación nacional, contengan o no insumos importados, causará en favor de los Departamentos, Intendencias y Comisarías, un impuesto equivalente al cien por ciento (100%) sobre el precio de distribución, el cual se establecerá conforme a lo dispuesto en el Decreto extraordinario 214 de 1969¹²⁹.

El consumo de cigarrillos de producción extranjera causará el impuesto del cien por ciento (100%) sobre el valor CIF vigente en el último día de cada trimestre. Ese valor será certificado por el Incomex dentro de los diez (10) primeros días del siguiente trimestre para cada una de las marcas de cigarrillos y registrará, para la liquidación de los impuestos durante dicho lapso.

¹²⁸ Ley 14 de 1983, artículo 73

¹²⁹ Decreto 1222 de 1986. Op. Cit.

Así mismo, fijará el Gobierno Nacional, para el mismo período, el tipo de cambio aplicable para estos efectos.

Los impuestos aquí contemplados se cancelarán para cada cajetilla de veinte (20) cigarrillos o proporcionalmente a su contenido. Los Departamentos, Intendencias, Comisarías y Distrito Especial de Bogotá no podrán establecer gravámenes adicionales sobre la fabricación, introducción, distribución, venta y consumo de cigarrillos, nacionales y extranjeros, bodegajes obligatorios, gastos de administración, o cualquier otro gravamen, distinto al único de consumo que determina este código.

Los Departamentos, Intendencias, Comisarías y el Distrito Especial de Bogotá, podrán establecer contractualmente el servicio de bodegaje oficial, sin perjuicio de que los particulares puedan utilizar, sin que ello les implique erogaciones o cargas adicionales, su propio sistema de bodegaje, conforme a las normas vigentes.

Sobre el precio establecido en el artículo 136 , los cigarrillos de producción extranjera pagarán un impuesto adicional del diez por ciento (10%) que se regulará conforme a lo dispuesto en la Ley 30 de 1971.

El sistema de pago de los impuestos al consumo de cigarrillos será reglamentado por el Gobierno y mientras dicha reglamentación entra en vigencia, los pagos se efectuarán de acuerdo con el sistema normativo actualmente operante en las entidades territoriales de la República.

El impuesto sobre consumo de tabaco continuará haciéndose efectivo por los Departamentos, Intendencias y Comisarías exclusivamente sobre el tabaco elaborado y con aplicación a las siguientes tarifas:

- a) Cigarros de fabricación nacional, cualquiera que sea su empaque, contenido, clase, peso o presentación, 100% ad valórem, o sea el precio de venta;
- b) Picadura, rapé o chinú de fabricación nacional, cualquiera que sea su empaque, contenido, clase, peso o presentación, 40% ad valórem, o sea el precio de venta.

3.5.4 Impuesto registro y anotación: Es propiedad exclusiva de los Departamentos, Intendencias y Comisarías, el gravamen o recargo nacional del diez por ciento (10%) sobre el impuesto de registro y anotación, de que trata el artículo 10 de la Ley 128 de 1941¹³⁰.

Los recursos que provienen del Impuesto de Registro y Anotación y cuya destinación es específica para el sector salud, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 223 de 1995, lo mismo que los giros provenientes de fondos de cofinanciación nacional hacia las entidades territoriales, serán manejados en cuentas especiales y en ningún caso podrán formar parte de los fondos comunes¹³¹.

3.5.5 Impuesto De Degüello De Ganado Mayor y Menor : Los Departamentos pueden fijar libremente la cuota del impuesto sobre degüello de ganado mayor. Las rentas sobre degüello de ganado no podrán darse en arrendamiento.

¹³⁰ Decreto 1222 de 1986, Op. Cit., artículo 166

¹³¹ Ley 344 de 1996, artículo 36

Mas con el fin de favorecer la industria ganadera y las conveniencias del consumidor cuando el dueño de ganado mayor o menor declare, en la Recaudación respectiva, que va a sacrificar determinadas reses para transportar las carnes a lugar distinto de aquel en que los ganados se sacrifican, el impuesto se pagará en el lugar en donde las carnes se consuman¹³².

3.5.6 Previsión Social: . Toda cuenta o nómina que paguen por cualquier concepto la Nación, Departamentos, Intendencias, Comisarías, Distrito Especial de Bogotá, Municipios, Corregimientos, Inspecciones de Policía e Institutos Descentralizados, causará un impuesto de diez centavos (\$ 0.10) moneda corriente, por cada cien pesos o fracción con destino a las Cajas de Previsión respectivas, o, en su defecto, para la entidad pagadora.

Se exceptúan las cuentas de cobro por auxilio, devoluciones de impuestos y trasposos de fondos recaudados por las entidades de Derecho Público con destino a otras personas; por prestaciones sociales, las que se formulen entre sí las entidades de Derecho Público, y las de los establecimientos dedicados exclusivamente a la beneficencia.

¹³² LEY 31 de 1945, Artículo 3º.

Los afiliados forzosos o facultativos de la Caja Nacional de Previsión Social, cotizarán con destino a la misma, así: a. con la tercera parte del primer sueldo y de todo aumento, como cuota de afiliación, y

b. Con el cinco por ciento (5%) del salario correspondiente a cada mes.

Los pensionados cotizarán mensualmente con el cinco por ciento (5%) de su mesada pensional¹³³

Toda nómina o cuanta que paguen por cualquier concepto la Nación, Departamentos, Intendencias, Comisarías, Distrito Especial de Bogotá, Municipios, Corregimientos, Inspecciones de Policía e Institutos Descentralizados, causará un impuesto del cinco por mil si se trata de nóminas de personal y del diez por mil en los demás casos, con destino a las Cajas de Previsión respectivas, o, en su defecto, para la entidad pagadora.

Se exceptúan las cuentas de cobro por auxilio, devoluciones de impuestos y trasposos de fondos recaudados por las entidades de derecho público con destino a otras personas; por prestaciones sociales, las que se formulen entre sí las entidades de derecho público y las de los establecimientos dedicados exclusivamente a la beneficencia. El Gobierno Nacional reglamentará la forma de cobrar este impuesto.

En caso de incumplimiento de la obligación establecida en el párrafo anterior, las Cajas de Previsión podrán determinar la cuantía de la obligación mediante providencia administrativa que, en firme, presta mérito ejecutivo. Las obligaciones que surjan de estas providencias se harán efectivas ante la jurisdicción coactiva, y de ello se deberá dar noticia a la Procuraduría General de la Nación para los fines disciplinarios pertinentes¹³⁴.

El empleado oficial que hubiere hecho el descuento o recibido el pago, deberá totalizar mensualmente el valor de lo recaudado por estos conceptos y lo remitirá a la Caja de Previsión correspondiente dentro de los diez (10) primeros días del mes siguiente al del recaudo.

3.5.7 Normas espectáculos públicos: Es propiedad exclusiva de los Municipios y del Distrito Especial de Bogotá el impuesto denominado "espectáculos públicos", establecido por el artículo 7o. de la Ley 12 de 1932 y demás disposiciones complementarias¹³⁵.

¹³³ LEY 4ª de 1966, artículo 1º y 2ª

¹³⁴ Decreto 1222 Op. Cit. artículos 166 y 167

El impuesto a los espectáculos públicos a que se refieren la Ley 47 de 1968 y la Ley 30 de 1971, será el 10% del valor de la correspondiente entrada al espectáculo, excluidos los demás impuestos indirectos que hagan parte de dicho valor. La persona natural o jurídica responsable del espectáculo será responsable del pago de dicho impuesto. La autoridad municipal o distrital que otorgue el permiso para la realización del espectáculo, deberá exigir previamente el importe efectivo del impuesto o la garantía bancaria o de seguros correspondiente, la cual será exigible dentro de las 24 horas siguientes a la realización del espectáculo. El valor efectivo del impuesto, será invertido por el municipio o distrito de conformidad con lo establecido en el artículo 70 de la presente Ley.

Las exenciones del impuesto a Espectáculos Públicos son las taxativamente enumeradas en el artículo 75 de la Ley 2a. de 1976. Para gozar de tales exenciones, el Instituto Colombiano de Cultura, Colcultura, expedirá actos administrativos motivados con sujeción al artículo citado. Todo lo anterior se entiende sin perjuicio de lo establecido en el artículo 125 de la Ley 6a. de 1992¹³⁶.

¹³⁵ Decreto 1333 de 1986 Op. Cit. artículo 223

3.6 CAPITULO VI: SITUADO FISCAL

El situado fiscal, establecido en el artículo 356, de la Constitución Política, es el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos, el Distrito Capital y los distritos especiales de Cartagena y Santa Marta, para la atención de los servicios públicos de educación y salud de la población y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 49, 67 y 356 de la Constitución Política. El Situado fiscal será administrado bajo responsabilidad de los departamentos y distritos de conformidad con la Constitución Política.

Los ingresos corrientes de la Nación que servirán de base para el cálculo del situado fiscal según los artículos 356 y 358 constitucionales, estarán constituidos por los ingresos tributarios y no tributarios; no formarán parte de esta base de cálculo los recursos del Fondo Nacional de Regalías, y los definidos por el artículo 19, de la Ley 6 de 1992 como exclusivos de la Nación en virtud de las autorizaciones otorgadas al Congreso por una única

¹³⁶LEY 181 de 1995

vez en el artículo 43 transitorio de la Constitución Política. En ningún caso podrán deducirse de los ingresos corrientes para efectos del cálculo del situado fiscal las rentas de destinación específica autorizadas por el artículo 359 constitucional.

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 356 de la Constitución Política y las disposiciones de esta ley, el situado fiscal será un porcentaje creciente de los ingresos corrientes de la Nación que como mínimo tendrá los siguientes niveles de participación en ellos, así:

- a) Para el año 1994: 23%
- b) Para el año 1995: 23.5%
- c) Para el año 1996: 24.5%

Su cesión efectiva y autónoma a las entidades territoriales se realizará de conformidad con las disposiciones previstas sobre la descentralización de la salud y educación y en los términos y condiciones dispuestos en la presente ley.

Del total que corresponda a cada departamento, será obligatorio destinar como mínimo el 60% para educación y el 20% para salud. El 20% restante lo deberá destinar el departamento o distrito, a salud o educación según sus metas en coberturas y demás fuentes de financiación de estos sectores.

Como mínimo el 50% del situado fiscal destinado a salud deberá aplicarse al primer nivel de atención y debe ser transferido a los municipios y distritos cuando estos asuman esa competencia. Cada nivel territorial deberá aplicar al menos cinco puntos porcentuales a prevención de la enfermedad y fomento de la salud.

Mediante motivación debidamente justificada y aprobada por los Ministerios del sector podrán asignarse valores diferentes a cualquiera de los porcentajes mínimos obligatorios aquí establecidos.

El situado fiscal consagrado en el artículo 356, de la Constitución Política, se distribuirá en la siguiente forma:

1. El 15% por partes iguales entre los Departamentos, el Distrito Capital y los Distritos de Cartagena y Santa Marta.
2. El 85% restante, de conformidad con la aplicación de las siguientes reglas:

a) Un porcentaje variable equivalente a la suma de los gastos de atención de los usuarios actuales de los servicios de salud y educación de todos los departamentos y distritos del país, hasta el punto que sumado con el porcentaje del numeral lo permita la prestación de los servicios en condiciones de eficiencia administrativa, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo lo del presente artículo. Este porcentaje se considerará para efectos de cálculo como el situado fiscal mínimo.

b) El porcentaje restante, una vez efectuada la distribución por Situado Fiscal Mínimo para salud y educación, se asignará en proporción a la población potencial por atender, en los sectores de salud y educación, y al esfuerzo fiscal ponderado, de conformidad con los criterios establecidos en el párrafo 2o. del presente artículo.

La metodología para establecer la población usuaria actual, para aplicar las reglas de distribución de los recursos del situado fiscal y para diseñar los indicadores pertinentes, será adoptada por el CONPES para la Política Social de conformidad con lo dispuesto en el presente artículo. En todo caso se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

i) Los usuarios actuales en educación, son la población matriculada en cada año en el sector oficial, más la becada que atiende el sector privado. La

población becada se contabilizará con una ponderación especial para efectos de la estadística de usuarios.

ii) La población potencial, en educación, es la población en edad escolar comprendida entre los 3 y los 15 años de edad, menos la atendida por el sector privado.

iii) Los usuarios actuales en salud, son la población atendida en cada año por las instituciones oficiales y privadas que presten servicios por contratos con el sector oficial, medida a través del registro de las consultas de medicina, enfermería y odontología y de los egresos hospitalarios.

iv) La población potencial en el sector salud se mide como la población total del departamento, no cubierta plenamente por el sistema contributivo de la seguridad social, pondera por el índice de necesidades básicas suministrado por el DANE.

Para efectos de la medición de la eficiencia administrativa per cápita de que trata el literal a) del numeral 2) del presente artículo se calculará, para cada sector de salud y educación, un situado fiscal mínimo requerido para financiar los gastos de prestación del servicio a la población actual en cada uno de ellos, observando los siguientes criterios:

a) Anualmente se calcula para cada departamento un gasto per cápita resultante de la siguiente operación: el numerador será el situado fiscal asignado al sector el año inmediatamente anterior, ajustado por un índice de crecimiento salarial determinado por el Gobierno Nacional; el denominador será la población atendida el mismo año.

b) Se determinarán los gastos per cápita departamentales y distritales agrupándolos en categorías, en atención al índice de necesidades básicas insatisfechas "INBI", al ingreso per cápita territorial, y a la densidad de la población sobre el territorio, según lo determine y apruebe el Consejo Nacional de Política Económica y Social -CONPES- para Política Social.

c) A los departamentos y distritos cuyos gastos per cápita difieran del promedio de cada categoría en la que se encuentren incluidos, se les reconocerá un estímulo cuando se hallaren por debajo de dicho promedio. En caso contrario, la diferencia se reconocerá decrecientemente dentro de un plan de ajuste que implique sustitución de recursos financieros o ampliación de coberturas, así: el 100% en 1994, al 80% en 1995, al 60% en 1996, al 40% en 1997, al 20% en 1998; a partir de 1999 los gastos se valorarán con el promedio per cápita de la categoría de departamentos y distritos dentro de la cual se encuentren incluidos.

d) Los gastos per cápita en condiciones de eficiencia serán la base para calcular el gasto en la población o de los usuarios actualmente atendidos de que tratan el numeral 1) y la letra a) del numeral 2) del presente artículo.

Para efecto de lo dispuesto en la letra b) del numeral 2) del presente artículo, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

a) El esfuerzo fiscal se determinará como la relación entre el gasto per cápita de dos vigencias fiscales sucesivas aplicados a salud y educación, y ponderada en forma inversa al ingreso per cápita de la entidad territorial respectiva.

b) El esfuerzo fiscal se ponderará en relación inversa al desarrollo socio-económico.

c) Para efectos del esfuerzo fiscal, el gasto per cápita de cada departamento, se determinará considerando el gasto aplicado a salud y educación realizado con rentas cedidas, otros recursos propios y otras transferencias distintas al situado fiscal aportadas por el departamento y los municipios de su jurisdicción.

En el mes de enero de cada año, los Ministerios de Educación y Salud, en coordinación con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, y

las Secretarías de Hacienda Departamentales suministrarán al Departamento Nacional de Planeación, la información del año inmediatamente anterior relativa a los factores indispensables para la aplicación de la fórmula. La información financiera remitida por las Secretarías de Hacienda deberá estar refrendada por la respectiva contraloría. Los funcionarios de los departamentos y distritos que no proporcionen la información en los plazos establecidos por los ministerios y esta ley, incurrirán en causal de mala conducta y serán objeto de las sanciones correspondientes. En este evento, se aplicará, para efectos de la distribución del situado fiscal, la información estimada por el respectivo ministerio.

El Gobierno Nacional reglamentará el procedimiento y el calendario para la distribución del situado fiscal entre las entidades territoriales determinando las funciones que le competen a cada una de sus dependencias, evaluará periódicamente su conveniencia e introducirá los ajustes que estime necesarios, considerando las siguientes reglas mínimas:

1. El Ministerio de Hacienda durante el mes de enero de cada año hará un estimativo preliminar del valor global del situado fiscal para el año inmediatamente siguiente. El Departamento Nacional de Planeación comunicará a las entidades territoriales beneficiarias del situado fiscal, al

menos con diez meses de anticipación al inicio de la vigencia fiscal respectiva, el techo presupuestal mínimo que les corresponde por concepto de situado fiscal de acuerdo a las proyecciones y a lo previsto en los artículos 10 y 11, de la presente ley.

2. Los departamentos y distritos procederán a hacer la distribución del valor que les corresponde de acuerdo a lo previsto en los artículos 10 y 13, de la presente ley, y someterá este proyecto de distribución, junto con el plan de desarrollo sectorial de salud y educación, el cual consolidará los planes municipales, a consideración de los respectivos ministerios.

3. El concepto de los ministerios de salud y educación sobre los planes y proyectos de las entidades territoriales tendrá un carácter de control técnico y solo será de obligatoria aceptación por parte de las entidades territoriales cuando se refieran a la asignación del situado fiscal y en las materias específicas aquí señaladas, y serán de aceptación opcional para la entidad territorial cuando haga referencia a la asignación de los recursos propios de las entidades o a las materias no establecidas en este artículo. Los planes y proyectos de los departamentos y distritos, incluyendo los ajustes a que haya lugar, deberán presentarse al Departamento Nacional de Planeación a más tardar el 30 de abril de cada año.

Esos conceptos técnicos sobre la asignación del situado fiscal serán de carácter obligatorio en las siguientes materias específicas:

a) La distribución del situado entre los sectores de Salud y Educación.

b) La distribución del situado fiscal entre los municipios.

c) La constitución de reservas para garantizar el pago de las prestaciones sociales de cada vigencia.

d) la proporción de la asignación del situado fiscal para gastos de dirección y prestación de los servicios.

4. Con base en los planes presentados por los departamentos y distritos y teniendo en cuenta los ajustes que hayan hecho a la estimación preliminar del situado fiscal total, el Departamento Nacional de Planeación preparará el Plan Operativo Anual de Transferencias Territoriales, conjuntamente con las participaciones de que trata el artículo 357 de la Constitución Política y los recursos de cofinanciación. Este Plan hará parte del Plan Operativo Anual de Inversiones, el cual se incorporará al proyecto de Ley de Presupuesto que se presente al Congreso el 20 de julio de cada año.

5. El situado fiscal asignado a cada entidad territorial se incorporará a los presupuestos de las entidades territoriales y el ejercicio del control fiscal sobre dichos recursos corresponderá a las autoridades territoriales

competentes, incluyendo la Contraloría General de la República de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política y la Ley 42 de 1993. Igualmente, se garantizará la participación ciudadana en el control sobre los recursos en los términos que señale la ley.

6. En los plazos determinados por el reglamento las entidades territoriales deberán informar a los respectivos ministerios de salud y educación los resultados obtenidos en la ejecución de los planes sectoriales de salud y educación y la evaluación correspondiente en el logro de las metas propuestas, según lo previsto en el artículo 14, de la presente ley.

7. Las partidas del situado fiscal de salud y educación, al igual que las participaciones municipales ordenadas en el artículo 357 de la Constitución, que se apropien en la ley anual de presupuesto se distribuirán globalmente entre las entidades territoriales beneficiarias, sin destinación específica a proyectos o a las entidades prestadoras de los servicios, y de conformidad con las normas de la presente ley.

Los recursos del situado fiscal serán transferidos directa y efectivamente a los departamentos y distritos, de acuerdo con la distribución dispuesta en la ley anual de presupuesto, o directamente a los municipios, previo el

cumplimiento de las condiciones y términos señalados en la presente ley, mediante giros mensuales que efectuará el Ministerio de Hacienda.

Para tales efectos, los departamentos, distritos y los municipios organizarán en su presupuesto cuentas especiales independientes para salud y los Fondos Educativos Regionales, Departamentales o las cuentas que correspondan en los municipios para educación, que se manejarán con unidad de caja, sometidas a las normas del régimen presupuestal y fiscal de la entidad territorial respectiva, bajo la administración del gobernador o el alcalde, quienes podrán delegar en la autoridad jerárquica superior del respectivo sector de salud y educación.

Los recursos del situado fiscal para educación cedido a los departamentos y distritos, serán girados por la Nación a los Fondos Educativos Departamentales o Distritales, cuya estructura para pago de salarios y liquidación de prestaciones serán fijadas por la entidad territorial correspondiente conforme a los criterios que establezca la ley y el gobierno nacional, con la excepción definida en el artículo 16 de la presente ley, caso

en el cual los recursos del Situado Fiscal serán girados a los Fondos Educativos Municipales.

A tales Fondos de las entidades territoriales se deberán girar igualmente todos los recursos que por cualquier concepto sean asignados para el respectivo sector, excepto los recursos propios de los establecimientos descentralizados, de conformidad con el reglamento.

Sin embargo, las sumas correspondientes a los aportes de las entidades territoriales, sus entes descentralizados, o entidades contratistas, que por concepto de prestaciones sociales del personal de salud, docente y administrativo, deban ser pagadas con cargo al situado fiscal, serán giradas directamente al Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio, y en forma provisional al Instituto de los Seguros Sociales y al Fondo Nacional del Ahorro a favor de las entidades que no tengan afiliados sus empleados a ningún sistema de seguridad social, o a las entidades que asuman estas funciones para el personal de salud, de conformidad con las disposiciones legales sobre la materia. De todas maneras, en los presupuestos de las entidades territoriales deberán quedar claramente especificadas las partidas

con destino al pago de prestaciones sociales y que deberán ser giradas por la nación en la forma aquí prevista.

Para los efectos del giro del situado fiscal a los departamentos, distritos y municipios, el Programa Anual de Caja, se hará sobre la base del 100% del aforo que aparezca en la Ley de Presupuesto. A partir de la vigencia fiscal de 1994, los mayores o menores valores del recaudo efectivo serán adicionados o deducidos de las vigencias presupuestales siguientes dentro de un plan de ampliación de coberturas o de ajuste financiero según el caso. Dichos giros se deberán efectuar en los cinco últimos días de cada mes y recibirse en la entidad territorial a más tardar el último día hábil del mismo.

El Ministerio respectivo comunicará al Ministerio de Hacienda y al Departamento Nacional de Planeación, el cumplimiento de lo previsto en los artículos 13, 14, 15 y 16, para que los recursos del Situado Fiscal sean girados directa y efectivamente a los Departamentos, Distritos o Municipios.

Mientras se cumplen los requisitos de que tratan los artículos en referencia la administración de los recursos se efectuará en la forma indicada en el artículo 15, de esta ley.

Con el fin de garantizar el cumplimiento de las condiciones bajo las cuales se deben asumir las responsabilidades y funciones de que trata la presente Ley, cuyo establecimiento autoriza el artículo 356 de la Constitución Política, cuando los departamentos y distritos hayan disminuido la calidad de los servicios o las coberturas, por causas imputables a la dirección administrativa de dichos servicios, o hayan dado a las transferencias una destinación diferente a la prevista en el plan de desarrollo de salud y educación, los Ministerios promoverán las investigaciones que correspondan ante las autoridades competentes, y determinarán, según la magnitud del incumplimiento y el sector en el cual se presente, diferentes grados de coadministración de las autoridades nacionales en la administración de los recursos del situado fiscal. Las particularidades de esta coadministración se reflejarán en las modalidades y mecanismos que defina cada ministerio, sin que en ningún caso se reduzca el valor del situado fiscal que corresponda a cada entidad territorial, como resultado de la aplicación de la fórmula pertinente.

Sin embargo, el ministerio correspondiente podrá, previo un estudio evaluativo, decidir a partir de qué momento cesa la coadministración de las autoridades nacionales.

La coadministración será transitoria hasta que se corrijan las fallas técnicas y administrativas que originaron la coadministración de las autoridades nacionales.

Las Asambleas Departamentales programarán la distribución de los recursos del situado fiscal para el departamento y por municipios, de conformidad con las competencias asignadas en el capítulo I de la presente ley a cada uno de estos niveles administrativos, en atención a los criterios de equidad y eficiencia, y en desarrollo de un plan concertado con los municipios para la ampliación de coberturas, de mejoramiento de la calidad y el ajuste administrativo y financiero, y para la descentralización de responsabilidades en el caso de salud.

1. Son criterios mínimos para la distribución del situado fiscal entre los municipios los mismos previstos por el artículo 11, para la distribución entre departamentos y distritos, excepto la alícuota del 15%. Se tendrá en cuenta

como criterio especial, un porcentaje de los recursos del situado fiscal que se repartirá entre los municipios que hubieren asumido descentralizadamente las competencias de salud o educación.

Las reglas de asignación de recursos entre los municipios, podrán ser análogas en lo pertinente a las previstas en el artículo 11, de la presente ley, para lo cual se considerarán las distinciones necesarias entre la asignación de salud y la de educación. La forma de aplicar los criterios de distribución del situado fiscal entre los municipios podrá ser modificada cada tres años por la respectiva Asamblea Departamental, o cuando se realicen modificaciones de carácter legal sobre la materia, o con ocasión de la aprobación de los planes de desarrollo departamental.

2. El plan de ampliación de coberturas, el mejoramiento de la calidad y de descentralización en el caso de salud, deberá consagrar los siguientes aspectos:

a. La población cubierta y la población objetivo por atender en salud y educación de acuerdo a las metas anuales para ampliación de la cobertura.

b. Los servicios públicos y privados de salud que existen en los municipios, y los niveles de atención en salud que deberán quedar a cargo de cada una de las administraciones locales. Deberán precisarse además cuáles servicios

quedarán a cargo de los departamentos en forma acorde con los principios de subsidiariedad, coordinación, complementariedad y concurrencia. En el sector educativo un balance de las instituciones públicas y privadas para determinar la cobertura total del servicio.

c. De conformidad con lo anterior se determinará: la infraestructura, instalaciones, equipos, y el personal existente que será administrado, o asumido en el caso de salud por los municipios; el programa de subsidios para el acceso de la población pobre a la seguridad social en salud y el programa de becas para el acceso a los servicios educativos; y finalmente se establecerá el déficit estimado requerido para la atención de la población asignada.

d. Los recursos financieros disponibles a la fecha y su proyección futura, teniendo en cuenta el situado fiscal, los recursos propios de los municipios aplicados a salud y educación, los recursos propios de las entidades prestadoras de servicios, las transferencias de ECOSALUD, y las participaciones municipales para inversión social.

e. La infraestructura y el personal que permanecerá a cargo del departamento y que será asignado a los establecimientos públicos departamentales para prestar los servicios de salud y educación que presten los municipios.

f. La infraestructura y el personal que se incorporará al nivel central del departamento con responsabilidades de dirección, asesoría y control.

3. En el evento de que los recursos físicos y financieros en los municipios sean insuficientes de acuerdo con el plan de ampliación de coberturas y de descentralización en el caso de salud, se proyectarán los faltantes financieros y se establecerán las estrategias de ajuste administrativo y financiero de mediano y largo plazo. El departamento, en todo caso, dará estímulos financieros a los municipios, con cargo a los recursos del situado fiscal, para incentivar la descentralización de los servicios de salud.

Los recursos distribuidos para la financiación de responsabilidades a cargo de los municipios que no hayan asumido la prestación descentralizada de los servicios de salud en los términos establecidos en la ley, serán administrados por el departamento o la Nación en virtud del principio de subsidiariedad. En todo caso, la administración autónoma y la efectiva transferencia del situado fiscal que se asigne a los municipios para este efecto, se sujetará a la asunción de las competencias por parte de éstos.

A partir del presupuesto de 1991, el valor anual de los ingresos ordinarios de la Nación con destinación para salud, será igual al valor resultante de aplicar el cuatro por ciento al total de los ingresos corrientes de cada anualidad fiscal. El porcentaje señalado, se incrementará, acumulativamente, hasta en punto porcentual en cada vigencia, si los ingresos corrientes de la Nación aumentaran más que el índice general de precios al consumidor, y sin que el valor del situado fiscal considerado globalmente, llegue a sobrepasar el 25% de los ingresos ordinarios.

En estos términos queda modificada la Ley 46 de 1971, en lo relativo al situado fiscal para salud. A partir de la vigencia de la presente ley, el situado fiscal para salud se destinará a financiar la prestación de servicios de salud, de acuerdo con el siguiente orden de prioridades:

1. Servicios básicos de salud y servicios de asistencia pública.
2. Gastos de funcionamiento de la infraestructura utilizada para la prestación de servicios del primer nivel de atención en salud.
3. Al pago de las prestaciones sociales adeudadas por las entidades territoriales o sus entes descentralizados a sus empleados oficiales, vinculados a la dirección y prestación de servicios de salud.

4. Gastos de funcionamiento de la infraestructura utilizada para la prestación de servicios del segundo nivel de atención en salud.

5. Gastos de funcionamiento de la infraestructura utilizada para la prestación de servicios del tercer nivel de atención en salud.

Los gastos de funcionamiento de las dependencias y organismos de dirección, de cualquier nivel administrativo, deberán ser financiados con los recursos ordinarios del presupuesto seccional y local, con las rentas de recaudo seccional, cedidas por la Nación, y otras rentas de destinación específica para salud diferentes al situado fiscal.

El Ministerio de Salud, en acuerdo con los servicios seccionales de salud, establecerá un programa, para que en un plazo no mayor de cinco años se reduzcan, en forma progresiva, las asignaciones actuales del situado fiscal a gastos de funcionamiento de los organismos de dirección, y se sustituyan por las otras fuentes, arriba señaladas, de tal forma, que, al menos, al final del plazo el situado fiscal se destine íntegramente a los gastos de prestación del servicio, en el orden de prioridades señalado en este artículo.

El Ministerio de Salud determinará, anualmente, los porcentajes mínimos y máximos del valor total del situado fiscal para salud que podrá destinarse a las diferentes prioridades.

Las rentas de recaudo seccional cedidas por la Nación, y las otras rentas de destinación específica para salud, diferentes al situado fiscal, se asignarán, en el siguiente orden de prioridades:

1. Gastos de funcionamiento de la infraestructura utilizada para la prestación de servicios, en el segundo nivel de atención en salud.
2. Gastos de funcionamiento de la estructura utilizada para la prestación de servicios del tercer nivel de atención en salud.
3. Gastos de funcionamiento de los organismos de dirección de los servicios de salud.

Los valores adeudados por concepto de prestaciones sociales se manejarán, conforme a la correspondiente programación, como subcuentas de los fondos seccionales, o se girarán a las cajas, fondos de cesantías o entidades de seguridad y de previsión obligadas al pago.

Para tal efecto, la Superintendencia Nacional de Salud promoverá la realización de los estudios relativos a las prestaciones adeudadas, vigilará que se efectúe la asignación necesaria de recursos, y que se cumpla la destinación, de tal manera, que se haya programado el pago de la deuda a más tardar en el mes de julio de 1990.

Cada una de las entidades de que trata el artículo 182 de la Constitución Política, excepto el Distrito Especial de Bogotá y el Distrito Cultural y Turístico de Cartagena, distribuirá no menos del 50% de los recursos que le correspondan por concepto de situado fiscal para salud entre los municipios de su jurisdicción.

Para este efecto, se tendrán en cuenta los siguientes criterios: población cubierta por los servicios oficiales de salud, categoría socio-económica del municipio y estímulos a los aportes locales, en la forma y proporción en que lo determine el reglamento.

El Ministerio de Salud determinará la ponderación asignada a cada criterio y aprobará la distribución resultante de recursos por concepto del situado

fiscal entre los municipios, que será propuesta por las direcciones seccionales.

Los distritos especiales podrán distribuir un 50% de los recursos percibidos por concepto del situado fiscal a los fondos de comunas o corregimientos.

Salvo lo dispuesto por la Constitución, la ley, a iniciativa del Gobierno, determinará los servicios a cargo de la Nación y de las entidades territoriales, teniendo en cuenta la naturaleza, importancia y costos de los mismos y señalará el porcentaje de los ingresos ordinarios de la Nación que deba ser distribuido entre los Departamentos, las Intendencias y Comisarías y el Distrito Especial de Bogotá, para la atención de sus servicios y los de sus respectivos Municipios, conforme a los planes y programas que se establezcan.

El treinta por ciento (30%) de esta asignación se distribuirá por partes iguales entre los Departamentos, Intendencias y Comisarías y el Distrito Especial de Bogotá, y el resto proporcionalmente a su población.

El treinta por ciento (30%) del Situado Fiscal se dividirá por partes iguales entre las entidades territoriales mencionadas en el artículo 186 . Esta porción del Situado Fiscal se denominara "Situado Fiscal Territorial".

El setenta por ciento (70%) del Situado Fiscal se distribuirá entre las entidades territoriales a las que se refiere el artículo 186 , en proporción directa a la población de cada una de ellas. Esta parte del situado Fiscal se denomina "Situado Fiscal de Población".

Los Departamentos, las Intendencias, las Comisarías y el Distrito Especial de Bogotá, invertirán la totalidad del Situado Fiscal en los gastos de funcionamiento de la enseñanza primaria y en aquellos gastos de salud pública que no correspondan a campañas sanitarias nacionales, y que no hayan de ser dirigidos y administrados por la Nación. Estos recursos serán administrados por los Fondos Educativos regionales y por los servicios seccionales de salud de todas las entidades Territoriales, y el Servicio Distrital de Salud de Bogotá, con sujeción a los planes nacionales que establezcan los respectivos Ministerios. El setenta y cuatro por ciento (74%) del Situado Fiscal se dedicará al pago de gastos funcionamiento de la

educación primaria, y el veintiséis por ciento (26%) a salud, salvo decisión distinta del Gobierno Nacional anualmente.

Cuando el Situado Fiscal alcance el veinticinco por ciento (25%) de los ingresos ordinarios de la Nación, serán de cargo de los Departamentos, de las Intendencias y Comisarias y del Distrito Especial de Bogotá, todos los gastos de funcionamiento que demande la enseñanza primaria y los de salud pública que no correspondan a campañas sanitarias nacionales y que la Nación no administre dirija, para lo cual harán la apropiación correspondiente, acuerdo con lo dicho en el inciso anterior.

Las entidades territoriales a que se refiere el artículo 186 deberán apropiar para gastos de funcionamiento de educación primaria y de salud, además del Situado Fiscal, el porcentaje de sus ingresos ordinarios que en 1972 destinaron a los mismos fines.

Si el monto del Situado Fiscal y de los recursos previstos en el artículo anterior, llegare a ser superior al valor de los gastos de funcionamiento de la educación primaria y de salud, como se establece en el artículo 19 el excedente, certificado por el Ministerio de Hacienda, deberá apropiarse para atender gastos de inversión de las entidades beneficiadas y de sus Municipios, de acuerdo a los planes y programas legalmente adoptados por ellas.

CONCLUSIONES

1. El Sistema de Salud Colombiano, esta financiado por una intrincada red de aportes institucionales. Estos recursos, bien administrados y ejecutados bajo la luz de la legislación que normatiza la salud en el país, eventualmente podrían asumir el reto y sostener El Sistema de Salud, sin falencias de tipo económico.
2. Organizativamente El sistema de Salud esta bien conformado y la legislación incluye las fuentes de aportes que cree suficientes para su financiación. Pero se observa carencias en la aplicación de estas normas.
3. La recesión financiera que prevalece en el país si tiene grandes repercusiones el sector salud. Y en la decisión de los usuarios para tomar lo servicios . Esto se relaciona de manera directa con la tasa de desempleo del país.

4. Si aumentan el número de desempleados se desbalanza el sistema solidario, al crecer el régimen vinculado y subsidiado.
5. También se ve afectado el recaudo de algunos de los impuestos que se destinan a la salud. Al disminuir el consumo y el acceso a ciertos servicios con destinación para la salud.
6. Finalmente se concluye que no han sido cumplidas las metas que fueron trazadas por el legislador de la Ley 100, pero el nuevo sistema ha empezado a funcionar para superar dichas falencias.
7. No se analizaron datos de manera cuantitativa, lo cual es muy importante para poder hacer referencia a valores reales.

RECOMENDACIONES

1. Realizar valoración cuantitativa y estadística para poder definir con precisión las variables.
2. Realizar estudios comparativos acerca del porcentaje de la cumplimiento de las metas trazadas, con respecto a las cumplidas.
3. Realizar un estudio con asesoría de un economista para obtener un estudio de mayor complejidad y aplicabilidad práctica.
4. Crear Línea de investigación en el área financiera de Sector Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1.LEGISLATIVAS:

COLOMBIA. Ministerio De Salud. Ley 10 de 1990: Reorganización del Sistema Nacional de Salud, Bogota,1991.

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993: Reforma de la Seguridad Social en Salud, Bogotá,1993

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Ley 60 de 1993: Competencias Territoriales, Bogotá 1993

LEGIS. Constitución Política de Colombia y legislación complementaria. Santafé de Bogotá: Legis, 2000.

2.DOCTRINA

2.1 Nacionales:

AGUDELO, Carlos A. Situación y tendencias de la salud en Colombia. En: Situación de la Salud en Colombia (1º: 1995: Santafé de Bogotá). Memorias del Primer Curso de la Situación de la Salud en Colombia. Santafé de Bogotá: OPS- Instituto Nacional de Salud. 1995.

BERNAL, Olga. Manual sobre Presentación e Tesis y Otros Trabajos de Grado. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, 1999. 57 p.

COLOMBIA. Contraloría General. Recuperación de la Confianza Pública. Santafé de Bogotá: Servigraphic, Octubre de 1999.

COLOMBIA. Superintendencia Nacional de Salud. Boletín Jurídico. Publicaciones Semestrales N° 2, Santafé de Bogotá:Corcas, 1995

COLOMBIA, SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.. Recursos Financieros del Sector Salud. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, 1996. 149 p.

HERNANDEZ, Mario. Introducción a la historia de la salud en Colombia. En: Situación de la Salud en Colombia (1°: 1995: Santafé de Bogotá). Memorias del Primer Curso de la Situación de la Salud en Colombia. Santafé de Bogotá: OPS- Instituto Nacional de Salud. 1995.

INTERCAMBIO. Mesa redonda: Descentralización y poder local, una ilusión más? Intercambio (Bogotá)1990,2:3-9

MEJIA, Carlos. La reforma del sistema de Salud en Colombia. Medellín: Científica., 1997

MONROY SAAVEDRA, Miguel A. Sistema de Seguridad Social Integral Colombiano. Santafé de Bogotá: 1era edición

OLANO GARCIA, Hernán Alejandro. Constitución Política De Colombia. Santafé de Bogotá: Doctrina y Ley Ltda., 1997

3.PAGINAS DE INTERNET:

www.minsalud.gov.co : Página Internet Ministerio de Salud de Colombia

4.LIBROS MAGNETICOS:

COLOMBIA. Ministerio de Salud. CD ROM, Sistema de Normas Jurídicas – Seguridad Social En Salud- Bogotá, mayo del año 2000.