

**DIAGNÓSTICO SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE
SALUD POR PARTE DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA DE LA E. S. E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN
EN EL MUNICIPIO DEL SOCORRO**

**CÉSAR AUGUSTO BARAJAS HERRERA
NELCY JUDITH RIOS PINZÓN**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMIA Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACION GERENCIA PÚBLICA
BUCARAMANGA**

2010

**DIAGNÓSTICO SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE
SALUD POR PARTE DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA DE LA E. S. E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN
EN EL MUNICIPIO DEL SOCORRO**

**CÉSAR AUGUSTO BARAJAS HERRERA
NELCY JUDITH RIOS PINZÓN**

**Trabajo de Grado para Optar por el Título de
Especialista en Gerencia Pública**

**DOCTOR HOLGER VELANDIA
Director**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA PÚBLICA
BUCARAMANGA
2010**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	3
OBJETIVO	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
1. MARCO TEORICO	5
1.1 LEY100	5
1.1.1 Titulo I “Disposiciones Generales”	6
1.1.1.1. Capitulo I “Objeto, Fundamentos Y Características Del Sistema”	6
1.1.1.2 Capitulo II “De Los Afiliados Al Sistema”	14
1.1.1.3 Capitulo III “El Régimen De Beneficios”	20
1.1.1.4 Capitulo IV “De La Dirección Del Sistema”	27
1.1.2 Titulo II “La Organización Del Sistema General De Seguridad Social En Salud”	35
1.1.2.1 Capitulo I “De Las Entidades Promotoras De Salud”	35
1.1.2.2 Capitulo II “De Las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud.”	42
1.1.2.3 Capitulo III “Régimen De Las Empresas Sociales Del Estado”	49
1.1.2.4 Capitulo IV “De Los Usuarios.”	51
1.1.3 Titulo III “De La Administración Y Financiación Del Sistema”	52
1.1.3.1 Capitulo I “Del Régimen Contributivo”	52
1.1.3.2 Capitulo II “Del Régimen Subsidiado”	57
1.1.3.3 Capitulo III “Del Fondo De Solidaridad Y Garantía”	63
1.1.4 Titulo IV “De La Vigilancia Y Control Del Sistema”	68
1.1.5 Titulo V “La Transición Del Sistema”	74
1.1.6 Titulo VI “Disposiciones Complementarias”	81

PLAN DE GESTION HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	106
PERIODO 2009-2011	106
CONCLUSIONES	123
BIBLIOGRAFIA	125

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro No. 1. ¿Cree usted que la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltran 3 Nivel del Socorro cuenta con funcionarios idóneos y capacitados para desarrollar los programas del Plan Obligatorio de Salud?	96
Cuadro No. 2. ¿El Hospital cuenta con instalaciones y recursos apropiados para la atención de los usuarios que se benefician del Plan Obligatorio de Salud?	98
Cuadro No. 3. ¿Cumple usted con las citas de control del programa del cual está inscrito?	100
Cuadro No. 4. ¿Cree usted que sus hijos se benefician con el Plan Obligatorio de Salud?	102
Cuadro No. 5. Matriz FODA de información recopilada por encuestas aplicadas a población de consulta externa	105
Cuadro No. 6. Matriz de definición de Objetivos estratégicos. Plan de Gestión E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán	122

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfico No. 1. ¿Sabe usted qué es el Plan Obligatorio de Salud?	94
Gráfico No. 2. Su EPS Subsidiada o Contributiva ¿Le informa periódicamente sus derechos y deberes en el Plan Obligatorio de Salud?	95
Gráfico No. 3. ¿Cree usted que la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltran 3	95
Nivel del Socorro cuenta con funcionarios idóneos y capacitados para desarrollar los programas del Plan Obligatorio de Salud?	95
Gráfico No. 4. ¿El Hospital cuenta con instalaciones y recursos apropiados para la atención de los usuarios que se benefician del Plan Obligatorio de Salud?	97
Gráfico No. 5. ¿Cumple usted con las citas de control del programa del cual esta inscrito?	99
Gráfico No. 6. ¿En alguna ocasión funcionarios del Hospital le han realizado visitas domiciliarias promoviendo el Plan Obligatorio de Salud?	101
Gráfico No. 7. ¿Cree usted que sus hijos se benefician con el Plan Obligatorio de Salud?	101
Gráfico No. 8. ¿Acude usted al hospital para prevenir enfermedades?	103
Gráfico No. 9. ¿Va usted al Hospital para aliviar sus enfermedades?	103
Gráfico No. 10. Si pudiera elegir ¿Sacaría tiempo para asistir, ver o escuchar la manera en que puede prevenir las enfermedades y promocionar la salud?	104

RESUMEN

TITULO: DIAGNÓSTICO SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POR PARTE DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA E. S. E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN EN EL MUNICIPIO DEL SOCORRO¹.

AUTORES: CESAR AUGUSTO BARAJAS HERRERA
NELCY JUDITH RIOS PINZON

PALABRAS CLAVES: PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, DIAGNOSTICO, HOSPITAL.

DESCRIPCIÓN.

Analizando los informes mensuales que reposan en el Departamento de Estadística del Hospital, correspondiente al periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de octubre de 2008, observamos que los niveles de utilización mensual de los servicios del hospital, no muestran un incremento significativo a un mejorando la contratación de servicios de salud con las EPS.

Esta situación nos permite correlacionarlo con el desconocimiento de la normatividad y el poco interés de las EPS subsidiadas y contributivos para la divulgación de los deberes, derechos y beneficios de los usuarios enmarcados en el POS.

Con este libro se diagnosticó la utilización del plan obligatorio de salud utilizando como metodología la recolección de datos por medio de encuesta aplicadas a 100 de los usuarios que utilizan los servicios de consulta externa de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán Socorro, obteniendo como resultado la necesidad de implementar capacitaciones y programas para que los usuarios conozcan y utilicen los servicios a los cuales tienen derecho; además la importante integración de la alcaldía y las Eps en pro del mejoramiento de la prestación de los servicios.

Esperando que esta información sea útil para el sistema de información del usuario del hospital generando el mejoramiento de los servicios y la calidad de vida poblacional

¹ Monografía de Grado

Facultad de Ciencias Humanas. Escuela: Economía y Administración .Director Dc. Holger Velandia Phd.

ABSTRACT

TITLE: DIAGNOSIS ON THE USE OF OBLIGATORY HEALTH PLAN (P.O.S.) BY THE MEMBERS OF THE OUTPATIENT SERVICE ON E. S. E. MANUELA BELTRAN REGIONAL HOSPITAL IN THE MUNICIPALITY OF SOCORRO².

AUTORS: CESAR AUGUSTO BARAJAS HERRERA
NELCY JUDITH RIOS PINZON

KEY WORDS: OBLIGATORY HEALTH PLAN, DIAGNOSIS, HOSPITAL.

Analyzing monthly reports that rest in the Statistics Department of the hospital, covering the period from January 1 to October 31, 2008, we noted that monthly usage levels of hospital services haven't shown a significant increase even though the improving on the recruitment of health services with the E.P.S (Health Promoter Company).

This situation allows us to correlate it with the ignorance of the norms and the reluctance of the subsidized and contributory E.P.S. for the disclosure of the duties, rights and benefits included into the P.O.S.

With this book there were diagnosed the use of the obligatory health plan using as a method data collection through survey of 100 users who use the outpatient services of the Manuela Beltran Regional Hospital E.S.E. (State Social Company), Socorro, resulting in the need of implementing training and programs for users to know and to use the services to which they are entitled to; also, the importance on the integration of the Mayor's office and the E.P.S. for the improvement of service delivery.

Autors hope this information to be useful for the user information system of the hospital, improving the services and the population quality of life.

² Monograph of Degree

Faculty of Human Sciences. School: Economy and Administración .Director Dc. Holger Velandia Phd.

INTRODUCCION

El sistema de seguridad social en salud es el conjunto de entidades públicas y privadas (EPS, IPS, ARS y entes de control) que a través de su recurso humano, tecnológico y procesos, permite a la población colombiana tener servicios de salud oportunos, seguros accesibles, continuos y que le generen satisfacción.

Teniendo en cuenta los principios generales de la ley expresados en el capítulo 1 artículo 2 que establecen “el servicio público esencial de seguridad social se prestara con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación , basándonos en el Artículo 153 que refiere a los fundamentos del servicio público de salud y define sus patrones rectores que son equidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad”.

Acogiendo la premisa anterior, se buscará realizar en la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro un **diagnostico sobre la utilización del plan obligatorio de salud por parte de los usuarios en el área de consulta externa**, que nos permita determinar las causas e implementar unas pautas de capacitación para poder así de esta manera apoyar el sistema de información de atención al usuario (SIAU), disminuyendo la morbilidad, mortalidad y discapacidad de la población.

Para desarrollar este proceso, se aplicaron 100 encuestas a los usuarios que ingresaron a los servicios que comprende el área de consulta externa; se midieron las variables permitiéndonos determinar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del servicio y se analizaron con las estadísticas

del número de personas que han utilizado los servicios desde el 1 de enero al 31 de Octubre del 2008.

La monografía servirá como apoyo a la Secretaria de Salud Municipal y el Sistema de Información de Atención al Usuario (SIAU) de la empresa E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán, generando un cambio en la cultura organizacional y en la actitud de los funcionarios, el cual se ve reflejado en la atención brindada a los usuarios, en el compromiso institucional y en el reconocimiento de la Entidad.

JUSTIFICACION

La insuficiente información sobre deberes, derechos y beneficios recibida por los afiliados, la imposibilidad de los mismos para elegir ARS, la poca o nula participación de los usuarios en organizaciones comunitarias y el desconocimiento de los programas de promoción y prevención, limitan la accesibilidad a los servicios de salud y dificultan el verdadero control social del sistema. Por esto y teniendo en cuenta la crisis hospitalaria que se ha venido presentando en orden departamental y nacional y en pro de una empresa que inicia su proceso de fortalecimiento en la prestación de servicios de salud, buscamos establecer un diagnostico sobre la utilización del plan obligatorio de salud por parte de los usuarios en el área de consulta externa. Un gran número de la población de las diferentes provincias ingresan a la entidad por una necesidad específica más no por un control para el cuidado de su salud, que es el propósito de la promoción y prevención; y lo que más preocupa es que siempre se esperan a la urgencia para acceder a estos servicios. Por eso se busca establecer por medio de encuestas y estadísticas las causas que llevan a los usuarios a tener éste comportamiento frente a los servicios del Plan Obligatorio de Salud y determinar soluciones adecuadas fijando pautas de capacitación como apoyo al SIAU de la empresa y la Secretaria de Salud Municipal para el mejoramiento, esperando una alta demanda en la prestación de servicios que incrementaran la calidad de vida de la población y de igual manera mejorar el clima organizacional.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Realizar un diagnóstico sobre la utilización del Plan Obligatorio de Salud por los usuarios del servicio de consulta externa de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán en el municipio del Socorro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Verificar por medio de encuestas si los usuarios del servicio de consulta externa de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán conocen los deberes, derechos y beneficios del plan obligatorio de salud.
2. Establecer el grado de utilización de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, con la información recolectada y fijar pautas de capacitación como apoyo.
3. Lograr articular correctamente el funcionamiento del Plan Obligatorio de Salud en el municipio involucrando las EPS, el municipio, la E.S.E. y los usuarios.

1. MARCO TEORICO

1.1 LEY100

“La ley 100 de diciembre 23 de 1993, es por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones.

La seguridad social integral es el conjunto de instituciones normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.

El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos internacionales de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan.

El servicio público esencial de la seguridad social se presentara con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación y en desarrollo del artículo 48 de la constitución política de Colombia su dirección, coordinación y control está a cargo del estado y será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidas por la ley.

La ley se desarrolla en 4 libros: con el libro primero “sistema general de pensiones”, **libro segundo “sistema general de seguridad social en**

salud”, libro tercero “sistema general de riesgos profesionales”, libro cuarto “servicios sociales complementarios”, libro quinto “disposiciones finales”.

LIBRO SEGUNDO “EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”

1.1.1 Titulo I “Disposiciones Generales”

1.1.1.1. Capitulo I “Objeto, Fundamentos Y Características Del Sistema”

Objeto

La presente ley 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.

Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente ley 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 presente ley.

Fundamentos del Servicio Público.

Además de los principios generales consagrados en la Constitución política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

a. EQUIDAD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. 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 adversa.

b. OBLIGATORIEDAD. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud 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 de capacidad de pago.

c. PROTECCIÓN INTEGRAL. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.

d. LIBRE ESCOGENCIA. El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de

servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acogedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta ley.

e. AUTONOMÍA DE LAS INSTITUCIONES. Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente ley.

f. DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA. La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.

g. PARTICIPACIÓN SOCIAL. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

h. CONCERTACIÓN. El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacional, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.

i. CALIDAD. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en

procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las Instituciones Prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

Intervención del Estado.

El Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

- a. Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en los artículos 2 y 153 de esta ley.
- b. Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia.
- c. Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la Seguridad Social en Salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud.
- d. Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país.
- e. Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la ley.
- f. Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

- g. Evitar que los recursos destinados a la seguridad social en salud se destinen a fines diferentes.
- h. Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de Seguridad Social en Salud, como parte fundamental del gasto público social.

PARAGRAFO. Todas las competencias atribuidas por la presente ley al Presidente de la República y al gobierno nacional, se entenderán asignadas en desarrollo del mandato de intervención estatal de que trata este artículo.

Integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por:

1. Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:

- a. Los Ministerios de Salud y Trabajo
- b. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
- 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.

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 Trabajo.

5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.

6. Los beneficiarios del 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.

PARÁGRAFO: El Instituto de Seguros Sociales seguirá cumpliendo con las funciones que le competan de acuerdo con la ley.

Características Básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

a. El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

b. Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.

c. Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud.

d. El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social-Fondo de Solidaridad y Garantía, quien delegará en lo pertinente esta función en las Entidades Promotoras de Salud.

e. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno.

f. 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.

g. Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud, dentro de las condiciones de la presente ley. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.

h. Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

i. Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud 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 Solidario.

j. Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al Sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financiará con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad.

k. Las Entidades Promotoras de Salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias Instituciones Prestadoras de Salud, o contratar con Instituciones Prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos.

l. Existirá un Fondo de Solidaridad y Garantía que tendrá por objeto, de acuerdo con las disposiciones de esta ley, 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.

m. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a que hacen referencia los artículos 171 y 172 de esta ley, es el organismo de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sus decisiones serán obligatorias, podrán ser revisadas periódicamente por el mismo Consejo y deberán ser adoptadas por el Gobierno Nacional

n. Las entidades territoriales, con cargo a los fondos seccionales y locales de salud cumplirán, de conformidad con la ley 60 de 1993 y las disposiciones de la presente ley la financiación al subsidio a la demanda allí dispuesta y en los términos previstos en la presente ley.

o. Las entidades territoriales celebrarán convenios con las Entidades Promotoras de Salud para la administración de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado de que trata la presente ley. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones o propios, o de los recursos previstos para el fondo de solidaridad y garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y bajo las condiciones previstas en la presente ley.

p. La Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones hospitalarias públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios con él para este efecto, garantizarán el acceso al servicio que ellas prestan a quienes no estén amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal.

1.1.1.2 Capítulo II “De Los Afiliados Al Sistema”

Tipos de Participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A partir de la sanción de la presente ley, todo colombiano participará en el servicio público esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al

régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A. Afiliados al Sistema de Seguridad Social

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente ley.
2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

B. Personas vinculadas al Sistema.

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

A partir del año 2.000, todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que habla el artículo 162.

PARAGRAFO 1. El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos, controles y sanciones para garantizar la universalidad de la afiliación.

PARAGRAFO 2. La afiliación podrá ser individual o colectiva, a través de las empresas, las agremiaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto se expida. El carácter colectivo de la afiliación será voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre Entidades Promotoras de Salud.

PARAGRAFO 3. Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, y podrán cobrar una cuota de afiliación.

PARAGRAFO 4. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá y reglamentará los grupos de afiliación prioritaria al subsidio.

Beneficios para Desmovilizados

Los colombianos que, acogidos a procesos de paz, se hayan desmovilizado, o lo hagan en el futuro, tendrán derecho a los beneficios del régimen subsidiado en salud contenido en la presente ley, mientras no se afilien al régimen contributivo en virtud de relación de contrato de trabajo.

Garantías de los afiliados

Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas.
2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional.
3. La libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud, sea la modalidad de afiliación individual o colectiva, de conformidad con los procedimientos, tiempos, límites y efectos que determine el gobierno nacional dentro de las condiciones previstas en esta ley.
4. La escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios.
5. La participación de los afiliados, individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Deberes de los Afiliados y Beneficiarios.

Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
2. Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.
4. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.
5. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente ley.
6. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
7. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
8. Tratar con dignidad el personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.

Deberes de los Empleadores.

Como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los empleadores, cualquiera que sea la entidad o institución en nombre de la cual vinculen a los trabajadores, deberán:

1. Inscribir en alguna Entidad Promotora de Salud a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral, sea ésta, verbal o escrita, temporal o permanente. La afiliación colectiva en ningún caso podrá coartar la libertad de elección del trabajador sobre la Entidad Promotora de Salud a la cual prefiera afiliarse, de conformidad con el reglamento.

2. En consonancia con el artículo 22 de esta ley, contribuir al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante acciones como las siguientes:

a. Pagar cumplidamente los aportes que le corresponden, de acuerdo con el artículo 204.

b. Descontar de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio.

c. Girar oportunamente los aportes y las cotizaciones a la Entidad Promotora de Salud, de acuerdo a la reglamentación que expida el gobierno.

3. Informar las novedades laborales de sus trabajadores a la entidad a la cual están afiliados, en materias tales como el nivel de ingresos y sus cambios, las vinculaciones y retiros de trabajadores. Asimismo, informar a los trabajadores sobre las garantías y las obligaciones que les asisten en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. Garantizar un medio ambiente laboral sano, que permita prevenir los riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional y seguridad social.

PARAGRAFO. Los empleadores que no observen lo dispuesto en el presente artículo estarán sujetos a las mismas sanciones previstas en los artículos 22 y

23 del libro primero de esta ley. Además, los perjuicios por la negligencia en la información laboral, incluyendo la subdeclaración de ingresos, corren a cargo del patrono. La atención de los accidentes de trabajo, riesgos y eventualidades por enfermedad general, maternidad y ATEP serán cubiertos en sus totalidad por el patrono en caso de no haberse efectuado la inscripción del trabajador o no gire oportunamente las cotizaciones en la entidad de seguridad social correspondiente.

1.1.1.3 Capítulo III “El Régimen De Beneficios”

Plan Obligatorio de Salud.

El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud será el contemplado por el decreto-ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo 188 de la presente ley.

Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus

beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo, en forma progresiva antes del año 2.001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

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

PARAGRAFO 2. Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

PARAGRAFO 3. La Superintendencia Nacional de Salud verificará la conformidad de la prestación del Plan Obligatorio de Salud por cada Entidad Promotora de Salud en el territorio nacional con lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el gobierno nacional.

PARAGRAFO 4. Toda Entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo.

PARAGRAFO 5. Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrareferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los

servicios de urgencias. El gobierno nacional, sin perjuicio del sistema que corresponde a las entidades territoriales, establecerá las normas.

La Cobertura Familiar.

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

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

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

Preexistencias.

En el Sistema General de Seguridad en Salud, las Empresas Promotoras de Salud no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados.

El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al Sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100 semanas de afiliación al sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario, que se establecerá de acuerdo con su capacidad socioeconómica.

En el régimen subsidiado, no se podrán establecer períodos de espera para la atención del parto y los menores de un año. En este caso, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atiendan tales intervenciones repetirán contra la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con el reglamento.

PARAGRAFO. Cuando se encuentre que alguna Entidad Promotora de Salud aplique preexistencias a algún afiliado, la Superintendencia de Salud podrá aplicar multas hasta por dos veces el valor estimado del tratamiento de la enfermedad excluida. Este recaudo se destinará al Fondo de Solidaridad y Garantía. Cada vez que se reincida, se duplicará el valor de la multa.

Atención Básica

El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o 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 complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control

de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.

La prestación del Plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este Plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.

Atención Materno Infantil.

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

El Plan Obligatorio de Salud para los menores de un año cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar, de conformidad con lo previsto en la presente ley y sus reglamentos.

Además del Plan Obligatorio de Salud, las mujeres en estado de embarazo y las madres de los niños menores de un año del régimen subsidiado recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con cargo a éste.

PARAGRAFO 1. Para los efectos de la presente ley, entiéndase por subsidio alimentario la subvención en especie, consistente en alimentos o nutrientes que se entregan a la mujer gestante y a la madre del menor de un año y que permiten una dieta adecuada.

PARAGRAFO 2. El Gobierno Nacional organizará un programa especial de información y educación de la mujer en aspectos de salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país. Se dará con prioridad al área rural y a las adolescentes. Para el efecto se destinarán el 2% de los recursos anuales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el 10% de los recursos a que se refiere el parágrafo 1o. del artículo 10o. de la ley 60 de 1993 y el porcentaje de la subcuenta de promoción del fondo de solidaridad y garantía que defina el Gobierno Nacional previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El gobierno nacional reglamentará los procedimientos de ejecución del programa. La parte del programa que se financie con los recursos del ICBF se ejecutará por este mismo instituto.

Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la Institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO 1. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con las modificaciones de esta ley.

PARAGRAFO 2. Los demás riesgos aquí previstos serán atendidos con cargo a la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO 3. El Gobierno nacional reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios.

PARAGRAFO 4. El Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los riesgos catastróficos.

Atención Inicial de Urgencias.

La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.

PARAGRAFO. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el gobierno nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Planes Complementarios.

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

PARAGRAFO.- El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

1.1.1.4 Capítulo IV “De La Dirección Del Sistema”

Dirección del Sistema.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del gobierno nacional y del Ministerio de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del gobierno en la lucha contra las enfermedades y en el mantenimiento y educación, información y fomento de la salud y la salud de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los artículos 13 y 14 de la ley 60 de 1993.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, adscrito al Ministerio de Salud, como organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud , de carácter permanente, conformado por:

1. El Ministro de Salud, quien lo presidirá;
2. El Ministro de Trabajo y Seguridad Social, o su delegado;
3. El Ministro de Hacienda y Crédito Público, o su delegado;
4. Sendos representantes de las entidades departamentales y Municipales de salud;
5. Dos (2) representantes de los empleadores, uno de los cuales representará la pequeña y mediana Empresa y otras formas asociativas;
6. Dos (2) representantes por los trabajadores, uno de los cuales representará los pensionados;
7. El representante legal del Instituto de los Seguros Sociales;

8. Un (1) representante por las Entidades Promotoras de Salud, diferentes del ISS;
9. Un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;
10. Un (1) representante de los profesionales del área de la salud, de la asociación mayoritaria;
11. Un (1) representante de las asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural.

PARAGRAFO 1. El Consejo tendrá un secretario técnico que será el Director General de Seguridad Social del Ministerio de Salud, cargo que se creará para el efecto, o quien haga sus veces. A través de esta secretaría se presentarán a consideración del Consejo los estudios técnicos que se requieran para la toma de decisiones.

PARAGRAFO 2. El Gobierno reglamentará los mecanismos de selección de los representantes no gubernamentales entre sus organizaciones mayoritarias, así como su período.

PARAGRAFO 3. Serán asesores permanentes del Consejo un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y otro en representación de las Facultades de Salud Pública.

PARAGRAFO 4. Los Consejos Territoriales tendrán, en lo posible, análoga composición del Consejo Nacional, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden departamental, distrital o Municipal.

Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Definir el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado, de acuerdo con los criterios del capítulo tercero del primer título de este libro.
2. Definir el monto de la cotización de los afiliados del Sistema, dentro de los límites previstos en el artículo 204 de esta ley.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación según lo dispuesto en el artículo 182 del presente libro.
4. Definir el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud.
5. Definir los medicamentos esenciales y genéricos que harán parte del Plan Obligatorio de Salud.
6. Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado de salud por parte de las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos pobres y vulnerables y de conformidad con lo dispuesto en la Ley 60 de 1993.
7. Definir el régimen de pagos compartidos de que tratan el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la presente ley.
8. Definir el régimen que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad a los afiliados según las normas del régimen contributivo.

9. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las Entidades Promotoras de Salud y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.

10. Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el gobierno nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias en los casos de riesgo catastrófico, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.

11. Reglamentar los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

12. Ejercer las funciones de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía.

13. Presentar ante las Comisiones séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud

14. Adoptar su propio reglamento.

15. Las demás que le sean asignadas por ley o que sean necesarias para el adecuado funcionamiento del Consejo.

PARAGRAFO 1. Las decisiones anteriores que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministro de Salud.

PARAGRAFO 2. El valor de pagos compartidos y de la Unidad de Pago por Capitación -UPC serán revisados, por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. En caso que no se haya revisado la UPC al comenzar el año, ésta se ajustará en forma automática en una proporción

igual al incremento porcentual del salario mínimo aprobado por el Gobierno Nacional el año inmediatamente anterior.

PARAGRAFO 3. Las definiciones de que tratan los numerales 1, 4, 5, 7, Y 11 del presente artículo deberán ser adoptados por el Gobierno Nacional.

De las funciones del Ministerio de Salud.

Son funciones del Ministerio de Salud, además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, especialmente la ley 10 de 1990, el decreto ley 2164 de 1992 y la ley 60 de 1993, las siguientes:

1. Formular y adoptar, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el congreso de la república.
2. Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
3. Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

4. Formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
5. Elaborar los estudios y propuestas que requiera el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el ejercicio de sus funciones.
6. Ejercer la adecuada supervisión, vigilancia y control de todas las entidades comprendidas en los literales b) a h) del artículo 181 de la presente ley y de las direcciones seccionales, distrital y local de salud, excepto la Superintendencia Nacional de Salud.
7. El Ministerio de Salud reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del sistema de seguridad social de salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento.

PARAGRAFO. Las funciones de qué trata el presente artículo sustituyen las que corresponden al artículo 9 de la ley 10 de 1990, en los literales a), b), e), j).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud a Nivel Territorial.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud integra, en todos los niveles territoriales, las instituciones de dirección, las entidades de promoción y prestación de servicios de salud, así como el conjunto de acciones de salud y control de los factores de riesgo en su respectiva jurisdicción y ámbito de competencia.

De conformidad con las disposiciones legales vigentes, y en especial la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993, corresponde a los departamentos, distritos y municipios, funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.

Para el ejercicio de sus competencias, las entidades territoriales se sujetarán, a partir de la vigencia de esta ley, al servicio público de salud aquí regulado, que precisa y desarrolla los términos, condiciones principios y reglas de operación de las competencias territoriales de que trata la ley 60 de 1993 y la ley 10 de 1990. En desarrollo de lo anterior, la estructura actual de los servicios de salud del subsector oficial en las entidades territoriales se adaptará e integrará progresivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El sistema General de Seguridad Social en Salud que crea esta ley amplía la órbita de competencia de los sistemas de dirección en salud de los departamentos, distritos y municipios para garantizar la función social del estado en la adecuada prestación y ampliación de coberturas de los servicios de salud. Las direcciones de salud en los entes territoriales organizarán, de acuerdo con las disposiciones de la presente ley, el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable, realizando contratos para la atención de los afiliados de salud con las Entidades Promotoras de Salud que funcionen en su territorio y promoviendo la creación de empresas solidarias de salud. Así mismo, apoyarán la creación de Entidades públicas Promotoras de Salud y la transformación, de acuerdo con lo dispuesto en esta ley, de los hospitales en Instituciones Prestadoras de Servicios con capacidad de ofrecer servicios a las diferentes Entidades Promotoras de Salud.

La oferta pública de servicios de salud, organizada por niveles de complejidad y por niveles territoriales, contribuye a la realización de los propósitos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a su organización y a su adecuado funcionamiento.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud los recursos de destinación especial para la salud que arbitre cualquiera de los niveles de gobierno en los términos de la presente ley concurren a la financiación de los subsidios para la población más pobre y vulnerable de cada entidad territorial.

PARAGRAFO. Durante el período de transición requerido para lograr la cobertura universal de seguridad social en salud, los hospitales públicos y aquellos privados con quienes exista contrato para ello continuarán prestando servicios a las personas pobres y vulnerables que no estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Las entidades territoriales de los niveles seccional, distrital y local, podrán crear un Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud que asesore a las Direcciones de Salud de la respectiva jurisdicción, en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud y en la orientación de los sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud, que desarrollen las políticas definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

De las Funciones de la Dirección Seccional, Distrital y Municipal del Sistema de Salud.

Las Direcciones seccional, distrital y municipal de salud, además de las funciones previstas en las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 tendrán las siguientes funciones:

1. Preparar los estudios y propuestas que requiera el Consejo territorial de Seguridad Social de Salud en el ejercicio de sus funciones.
2. Preparar para consideración del Consejo territorial de Seguridad Social en Salud los instrumentos y metodologías de focalización de los beneficiarios del régimen subsidiado en el área de su jurisdicción y orientar su puesta en marcha.
3. Administrar los recursos del subsidio para la población más pobre y vulnerable en los términos previstos en la presente ley, con los controles previstos en el numeral 7 del artículo 153.
4. La inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.
5. Velar por el cumplimiento de las normas sobre pasivo prestacional de los trabajadores de la salud en su respectiva jurisdicción.

1.1.2 Titulo II “La Organización Del Sistema General De Seguridad Social En Salud”

1.1.2.1 Capitulo I “De Las Entidades Promotoras De Salud”

Definición.

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de

Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente ley.

Funciones de las Entidades Promotoras de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

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

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

Campo de Acción de las Entidades Promotoras de Salud.

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

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

Requisitos de las Entidades Promotoras de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud a entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud
2. Tener personería jurídica reconocida por el Estado
3. Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la ley.
4. Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:
 - a. Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socio-económicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias.
 - b. Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones, y verificar la de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios.
 - c. Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.
5. Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el gobierno nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las Entidades Promotoras de Salud

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

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

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

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

Tipos de Entidades Promotoras de Salud.

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

- a. El Instituto de Seguros Sociales.
- b. Las Cajas, Fondos Entidades o empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 236 de la presente ley.
- c. Las entidades que por efecto de la asociación o convenio entre las Cajas de Compensación Familiar o la existencia previa de un programa especial patrocinado individualmente por ellas se constituyan para tal fin.
- d. Las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica.

- e. Las Entidades Promotoras de Salud que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones. Para ello podrán también asociarse con entidades hospitalarias públicas y privadas.
- f. Los organismos que hayan sido organizados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad a la vigencia de la presente ley, siempre que se constituyan como personas jurídicas independientes.
- g. Las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas.
- h. Las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico de funcionar como Entidad Promotora de Salud.

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

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

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

las Entidades Promotoras de Salud adscritas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De los Ingresos de las Entidades Promotoras de Salud.

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

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.

PARAGRAFO 1. Las Entidades Promotoras de Salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.

Prohibiciones para las Entidades Promotoras de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud no podrán, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO 1. El Gobierno Nacional podrá reglamentar parámetros de eficiencia y fijar el régimen de inversión y organización de las Empresas Promotoras de Salud que no sean prestadoras de servicios. Cuando presten simultáneamente servicios, podrá establecer límites por concepto de gastos administrativos y operativos de la actividad de promoción.

PARAGRAFO 2. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De los incentivos para un mejor servicio

Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia. De la misma manera, se aplicarán sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrareferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.

1.1.2.2 Capítulo II “De Las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud.”

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

PARAGRAFO. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el artículo 241 de la presente ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.

Del Sistema de Acreditación.

El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad, y promover su mejoramiento.

De los Pagos Moderadores.

Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud.

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 más 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 adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

PARAGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Garantía de Atención a los Usuarios.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios no podrán discriminar en su atención a los usuarios.

Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estos podrán solicitar reclamación ante el comité técnico-científico que designará la entidad de salud a la cual este afiliado. En caso de inconformidad, podrá solicitar un nuevo concepto por parte de un comité similar que designará la Dirección Seccional de Salud de la respectiva entidad territorial en donde está afiliado. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Mantenimiento Hospitalario.

Los hospitales públicos y los privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales deberán destinar como mínimo el 5% del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria.

Evaluación Tecnológica.

El Ministerio de Salud establecerá las normas que regirán la importación de tecnologías biomédicas y definirá aquellas cuya importación será controlada. Igualmente reglamentará el desarrollo de programas de alta tecnología, de acuerdo con Planes Nacionales para la atención de las patologías.

Las normas que se establezcan incluirán, entre otras, metodologías y procedimientos de evaluación técnica y económica así como aquellas que permitan determinar su más eficiente localización geográfica. Las normas serán aplicables tanto en el sector público como en el privado.

De las Prioridades de Dotación Hospitalaria.

Las municipios darán prioridad en su asignación de recursos de inversión para la salud al fortalecimiento del sistema de centros y puestos de salud, de forma tal que se fortalezca la dotación básica de equipo y de personal que defina el Ministerio de Salud y amplíe, progresivamente y de acuerdo con la demanda, sus horarios de atención al público, hasta llegar a tener disponibilidad las 24 horas de Centros de Salud bien dotados. El servicio social obligatorio de los profesionales del área de la salud se desempeñará prioritariamente en la atención de los centros y puestos de salud del área rural.

Los requerimientos de dotación que tendrán los puestos, centros de salud y los hospitales oficiales de cualquier nivel de atención, así como la red de servicios a nivel territorial serán establecidos por el Ministerio de Salud. El Ministerio ejercerá el control técnico sobre la dotación de tales entidades, directamente o a través de una autoridad delegada.

Dirección de los Hospitales Públicos.

Los directores de los hospitales públicos de cualquier nivel de complejidad, serán nombrados por el jefe de la respectiva entidad territorial que haya asumido los servicios de salud, conforme a lo dispuesto en la ley 60 de 1993 y a la reglamentación que al efecto expida el Gobierno Nacional, de terna que le presente la junta directiva, constituida según las disposiciones de la ley 10 de 1990, por períodos mínimo de tres (3) años prorrogables. Sólo podrán ser removidos cuando se demuestre, ante las autoridades competentes, la comisión de faltas graves conforme al régimen disciplinario del sector oficial, faltas a la ética, según las disposiciones vigentes o ineficiencia administrativa definidas mediante reglamento del Gobierno Nacional,

PARAGRAFO 1. Esta norma entrará en vigencia a partir del 31 de marzo de 1995.

PARAGRAFO 2. Los directores de hospitales del sector público o de las empresas sociales del estado se registrarán en materia salarial por un régimen especial que reglamentará el Gobierno Nacional dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, teniendo en cuenta el nivel de complejidad y el presupuesto del respectivo hospital.

Incentivos a los Trabajadores y Profesionales de la Salud.

Con el fin de estimular el eficiente desempeño de los trabajadores y profesionales de la salud y su localización en las regiones con mayores necesidades, el gobierno podrá establecer un régimen de estímulos salariales y no salariales, los cuales en ningún caso constituirán salario. También podrá establecer estímulos de educación continua, crédito para instalación, equipos, vivienda y transporte. Igualmente, las Entidades Promotoras de Salud auspiciarán las prácticas de grupo y otras formas de asociación solidaria de profesionales de la salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinará las zonas en las cuales se aplicará lo dispuesto en el presente artículo.

Para los empleados públicos de la salud del orden territorial el Gobierno Nacional establecerá un régimen salarial especial y un programa gradual de nivelación de salarios entre las diferentes entidades.

El régimen salarial especial comprenderá la estructura y denominación de las categorías de empleo, los criterios de valoración de los empleos y los rangos salariales mínimos y máximos correspondientes a las diferentes categorías para los niveles administrativos, o grupos de empleados que considere el Gobierno Nacional.

El gobierno nacional establecerá un proceso gradual para nivelar los límites mínimos de cada rango salarial entre las diferentes entidades territoriales. Esta nivelación se realizará con arreglo al régimen gradual aquí previsto y por una sola vez, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 6 de la ley 60 de 1993. Esta nivelación debe producirse en las vigencias fiscales de 1995 a 1998 de acuerdo con la disponibilidad de recursos del situado fiscal y de las demás rentas del sector en los diferentes departamentos y municipios con quienes deberá concertarse el Plan específico de nivelación. Para la vigencia de 1994, puede adelantarse la nivelación con arreglo a las disponibilidades presupuestales y al reglamento.

Para la fijación del régimen salarial especial y la nivelación de que trata el presente artículo, se consideraran los criterios establecidos en el artículo 2 de la ley 4 de 1992, con excepción de las letras k y ll. Igualmente, deberá considerarse la equidad regional y el especial estímulo que requieran los empleados públicos que presten sus servicios en zonas marginadas y rurales, de conformidad con el reglamento.

PARAGRAFO 1. Los convenios docente-asistenciales que se realicen con ocasión de residencia o entrenamiento de profesionales de la salud en diferentes especialidades que impliquen prestación de servicios en las instituciones de salud deberán consagrar una beca-crédito en favor de tales estudiantes y profesionales no menor de dos salarios mínimos mensuales. Al financiamiento de este programa concurrirán el Ministerio de Salud y el ICETEX conforme a la reglamentación que expida el gobierno. El crédito podrá ser condonado cuando la residencia o entrenamiento se lleve a cabo en las áreas prioritarias para el desarrollo de la salud pública o el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y/o la contraprestación de servicios en las regiones con menor disponibilidad de recursos humanos, de acuerdo con la definición que expida el Ministerio de Salud.

PARAGRAFO 2. Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud podrán establecer modalidades de contratación por capitación con grupos de práctica profesional o con profesionales individuales con el fin de incentivar la eficiencia y la calidad de la prestación de servicios de salud.

PARAGRAFO 3. El Instituto de Seguros Sociales podrá establecer un sistema de prima de productividad para los trabajadores, médicos y demás profesionales asalariados, de acuerdo con el rendimiento de los individuos o de la institución como un todo, la cual en ningún caso constituirá salario. El Consejo Directivo del Instituto reglamentará su aplicación.

PARAGRAFO 4. Las Instituciones Prestadoras de Salud privadas podrán implementar programas de incentivos a la eficiencia laboral para los médicos, demás profesionales y trabajadores asalariados de la salud, que tenga en cuenta el rendimiento de los individuos, de los grupos de trabajo o de las instituciones como un todo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la modalidad de los estímulos a que se refiere este párrafo.

1.1.2.3 Capítulo III “Régimen De Las Empresas Sociales Del Estado”

Naturaleza

La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.

Régimen jurídico

Las Empresas Sociales de Salud se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. El nombre deberá mencionar siempre la expresión "Empresa Social del Estado"
2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.
3. La junta o consejo directivo estará integrada de la misma forma dispuesta en el artículo 19 de la ley 10 de 1990
4. El director o representante legal será designado según lo dispone el artículo 192 de la presente ley.
5. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del capítulo IV de la ley 10 de 1990.
6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.
7. El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad, en la ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuesto con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, en los términos previstos en la presente ley.
8. Por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.

9. Para efectos de tributos nacionales, se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos

Empresas Sociales de Salud de carácter nacional.

Transfórmese todas las entidades descentralizadas del orden nacional cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, en empresas sociales de salud.

Empresas sociales de salud de carácter territorial

Las entidades territoriales deberán disponer, dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de vigencia de esta ley, la reestructuración de las entidades descentralizadas cuyo objeto principal sea la prestación de servicios de salud, con el fin de adecuarlas a lo dispuesto en este capítulo.

1.1.2.4 Capítulo IV “De Los Usuarios.”

Información a los Usuarios.

Las Instituciones Prestadoras de Salud deberán garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente 24 horas.

Información de los Usuarios.

El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente.

PARAGRAFO. El Ministerio de Salud solicitará la información que estime necesaria con el objeto de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.

Promoción de Asociaciones de Usuarios.

Para aquellas poblaciones no afiliadas al régimen contributivo, el gobierno promoverá la organización de las comunidades como demandantes de servicios de salud, sobre la base de las organizaciones comunitarias de que trata el artículo 22 de la ley 11 de 1986, y el Decreto 1416 de 1990, los cabildos indígenas y, en general, cualquier otra forma de organización comunitaria.

1.1.3 Título III “De La Administración Y Financiación Del Sistema”

Conformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud coexisten articuladamente, para su financiamiento y administración, un régimen contributivo de salud y un régimen de subsidios en salud, con vinculaciones mediante el Fondo de Solidaridad y Garantías.

1.1.3.1 Capítulo I “Del Régimen Contributivo”

Definición.

El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud , cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual

y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Afiliados y Beneficiarios.

Serán afiliados obligatorios al régimen contributivo los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157.

PARAGRAFO. El Gobierno podrá establecer los sistemas de control que estime necesarios para evitar que los afiliados obligatorios al régimen contributivo y las personas de altos ingresos se beneficien de los subsidios previstos en la presente ley.

Monto y Distribución de las Cotizaciones.

La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud según las normas del presente régimen, será máximo del 12% del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

El Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá el monto de la cotización dentro del límite establecido en el inciso anterior y su distribución entre el Plan de Salud Obligatorio y el cubrimiento de las incapacidades y licencias de maternidad de que tratan los artículos 206 y 207, y la subcuenta de las actividades de Promoción de Salud e investigación de que habla en artículo 222.

PARAGRAFO 1. La base de cotización de las personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, afiliados obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, será la misma contemplada en el sistema general de pensiones de esta ley.

PARAGRAFO 2. Para efectos de cálculo de la base de cotización de los trabajadores independientes, el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunciones de ingreso con base en información sobre el nivel de educación, la experiencia laboral, las actividades económicas, la región de operación y el patrimonio de los individuos. Asimismo, la periodicidad de la cotización para estos trabajadores podrá variar dependiendo de la estabilidad y periodicidad de sus ingresos.

PARAGRAFO 3. Cuando se devenguen mensualmente más de 20 salarios mínimos legales vigentes, la base de cotización podrá ser limitada a dicho monto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Administración del Régimen Contributivo.

Las Entidades Promotoras de Salud recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. De este monto descontarán el valor de las Unidades de Pago por Capitación -UPC- fijadas para el Plan de Salud Obligatorio y trasladará la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las Unidades de Pago por Capitación mayor que los ingresos por cotización, el Fondo de Solidaridad y Garantía deberá cancelar la diferencia el mismo día a las Entidad Promotora de Salud que así lo reporten.

PARAGRAFO 1. 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.

PARAGRAFO 2. El Fondo de Solidaridad y Garantía sólo hará el reintegro para compensar el valor de la Unidad de Pago por Capitación de aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de salud velará por el cumplimiento de esta disposición.

Incapacidades.

Para los afiliados de que trata el literal a del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las Empresas Promotoras de Salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las Entidades Promotoras de Salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

De las Licencias por Maternidad.

Para los afiliados de que trata el literal a del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá y pagará a cada una de las Entidad Promotora de Salud, la licencia por maternidad, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. El cumplimiento de esta obligación será financiado por el Fondo de Solidaridad, de su subcuenta de compensación, como una transferencia diferente a las Unidades de Pago por Capitación -UPC.

De la Atención de los Accidentes de Trabajo y la Enfermedad Profesional.

La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo deberá ser organizada por la Entidad Promotora de Salud. Estos servicios se financiarán con cargo a la cotización del régimen de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que se define en el libro tercero de la presente ley.

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de tales normas.

Suspensión de la Afiliación.

El no pago de la cotización en el sistema contributivo producirá la suspensión de la afiliación y al derecho a la atención del Plan de Salud Obligatorio. Por el período de la suspensión, no se podrán causar deuda ni interés de ninguna clase.

Sanciones para el Empleador.

Se establecerán las mismas sanciones contempladas en los artículos 23 y 271 de la presente Ley para los empleadores que impidan o atenten en cualquier forma contra el derecho del trabajador a escoger libre y voluntariamente la Entidad Promotora de Salud a la cual desee afiliarse. También le son aplicables las sanciones establecidas para quien retrase el pago de los aportes.

PARAGRAFO. Ningún empleador de sector público o privado está exento de pagar su respectivo aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.1.3.2 Capítulo II “Del Régimen Subsidiado”

Definición.

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.

Creación del Régimen.

Créase el régimen subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la ley 10 de 1990.

Beneficiarios del Régimen.

Será beneficiaria del régimen subsidiado toda la población pobre y vulnerable, en los términos del artículo 157 de la presente ley.

El Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá los criterios generales que deben ser aplicados por las entidades territoriales para definir los beneficiarios del Sistema, según las normas del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas,

medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.

Las personas que cumplan con los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiarios del régimen de subsidios se inscribirán ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional, bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá un régimen de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales.

El Gobierno Nacional reglamentará la proporción del subsidio de que trata el inciso anterior para aquellos casos particulares en los cuales los artistas y deportistas merezcan un reconocimiento especial.

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.

PARAGRAFO 1. 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.

PARAGRAFO 2. 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.

Administración del Régimen Subsidiado.

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

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

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional establecerá los requisitos que deberán cumplir las Entidades Promotoras de Salud para administrar los subsidios.

Reglas Básicas para la Administración del Régimen de Subsidios en Salud.

1. La Dirección Seccional o local de Salud contratará preferencialmente la administración de los recursos del subsidio con Empresas Promotoras de Salud de carácter comunitario tales como las Empresas Solidarias de Salud.
2. Cuando la contratación se haga con una entidad que no sea propiedad de los usuarios como las Empresas Solidarias de Salud, la contratación entre las direcciones Seccionales o Locales de salud con las Entidades Promotoras de Salud se realizará mediante concurso y se regirá por el régimen privado, pudiendo contener cláusulas exorbitantes propias del régimen de derecho público.
3. 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.

4. Si se declara la caducidad de algún contrato con las Entidades Promotoras de Salud que incumplan las condiciones de calidad y cobertura, la entidad territorial asumirá la prestación del servicio mientras se selecciona una nueva Entidad Promotora.
5. 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.
6. 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.
7. Las Entidades Promotoras de Salud que afilien beneficiarios del régimen subsidiado recibirán de los fondos seccionales, distritales y locales de salud, de la cuenta especial de que trata el parágrafo del artículo 214, por cada uno de los afiliados hasta el valor de la unidad de pago por capitación correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 213 de la presente ley. Durante el período de transición el valor de la Unidad de Pago por Capitación será aquel correspondiente al plan de salud obligatorio de que trata el parágrafo 2 del artículo 162 de la presente ley.

PARAGRAFO 1. Los recursos públicos recibidos por las Entidades Promotoras de Salud y/o las instituciones prestadoras de servicios se

entenderán destinados a la compra y venta de servicios en los términos previstos en el artículo 29 de la ley 60 de 1993.

PARAGRAFO 2. El 50% de los recursos del subsidio para ampliación de cobertura se distribuirá cada año entre los beneficiarios del sector rural y las comunidades indígenas, hasta lograr su cobertura total.

De la Participación de las 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.

PARAGRAFO. A partir de la vigencia de la presente ley, el 55% que las Cajas de Compensación deben destinar al subsidio en dinero, se calculará sobre el saldo que queda después de deducir el 10% de gastos de administración, instalación y funcionamiento, la transferencia respectiva del fondo de subsidio familiar de vivienda, la reserva legal y el aporte a la Superintendencia del Subsidio Familiar y la contribución a que hace referencia el presente artículo.

1.1.3.3 Capítulo III “Del Fondo De Solidaridad Y Garantía”

Creación y Operación del Fondo.

Créase el Fondo de Solidaridad y Garantía, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinará los criterios de utilización y distribución de sus recursos.

Estructura del Fondo.

El Fondo tendrá las siguientes subcuentas independientes:

- a. De compensación interna del régimen contributivo.
- b. De solidaridad del régimen de subsidios en salud.
- c. De promoción de la salud.
- d. Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, según el artículo 167 de esta ley.

Financiación de la Subcuenta de Compensación.

Los recursos que financian la compensación en el régimen contributivo provienen de la diferencia entre los ingresos por cotización de sus afiliados y el valor de las Unidades de pago por capitación -UPC- que le serán reconocidos

por el sistema a cada Entidad Promotora de Salud. Las entidades cuyos ingresos por cotización sean mayores que las Unidades de Pago por Capitalización reconocidas trasladarán estos recursos a la subcuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que aquellos sean menores que las últimas.

PARAGRAFO. La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control posterior de las sumas declaradas y tendrá la facultad de imponer las multas que defina el respectivo reglamento.

Financiación de la Subcuenta de Solidaridad.

Para cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Fondo de Solidaridad y Garantía contará con los siguientes recursos:

- a. Un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, según lo dispuesto en el artículo 203. Esta cotización será girada por cada Entidad Promotora de Salud directamente a la subcuenta de solidaridad del fondo.
- b. El monto que las Cajas de Compensación Familiar, de conformidad con el artículo 217 de la presente ley, destinen a los subsidios de salud.
- c. Un aporte del presupuesto nacional de la siguiente forma:
 1. En los años 1994, 1995 y 1996 no deberá ser inferior a los recursos generados por concepto de los literales a. y b.
 2. A partir de 1997 podrá llegar a ser igual a los recursos generados por concepto del literal a. del presente artículo.

- d. Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.
- e. Los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el CONPES.
- f. Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de la zona cusiana y cupiagua. Estos recursos se deducirán de la base de cálculo de los ingresos corrientes a que hace referencia la ley 60 de 1993.
- g. 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 6o. de 1992.

PARAGRAFO 1. Los recursos de solidaridad se destinarán a cofinanciar los subsidios para los colombianos más pobres y vulnerables, los cuales se transferirán, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto adopte el Gobierno Nacional, a la cuenta especial que deberá establecerse en los fondos seccionales, distritales y locales para el manejo de los subsidios en salud.

PARAGRAFO 2. Anualmente, en el Presupuesto General de la Nación, se incluirá la partida correspondiente a los aportes que debe hacer el Gobierno Nacional al Fondo de Solidaridad y Garantía. Para definir el monto de las apropiaciones se tomará como base lo reportado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en la vigencia inmediatamente anterior al de preparación y aprobación de la ley de presupuesto y ajustados con base en la variación del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE. El Congreso de la República se abstendrá de dar trámite al proyecto de presupuesto que no

incluya las partidas correspondientes. Los funcionarios que no dispongan las apropiaciones y los giros oportunos incurrirán en causal de mala conducta que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente.

Financiación de la Subcuenta de Promoción de la Salud.

Para la financiación de las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá el porcentaje del total de los recaudos por cotización de que trata el artículo 204 que se destinará a este fin, el cual no podrá ser superior a un punto de la cotización del régimen contributivo de que trata el artículo 204 de la presente ley. Estos recursos serán complementarios de las apropiaciones que haga el Ministerio de Salud para tal efecto.

Los recursos previstos en el presente artículo se podrán destinar al pago de las actividades que realicen las Entidades Promotoras de Salud y que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud considere son las que mayor impacto tienen en la prevención de enfermedades.

Financiación de la Subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito.

El cubrimiento de las enfermedades catastróficas definidas en el artículo 166 de la presente ley se financiará de la siguiente forma:

- a. Los recursos del FONSAT, creado por el Decreto-Ley No. 1032 de 1991, de conformidad con la presente ley.

- b. Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito, que se cobrará en adición a ella.
- c. Cuando se extinga el Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República, los aportes presupuestales de este fondo para las víctimas del terrorismo se trasladarán al Fondo de Solidaridad y Garantía.

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

Impuesto social a las armas y municiones.

A partir del 1 de enero de 1996, créase el impuesto social a las armas de fuego que será pagado por quienes las porten en el territorio nacional, y que será cobrado con la expedición o renovación del respectivo permiso y por el término de éste. El recaudo de este impuesto se destinará al Fondo de Solidaridad previsto en el artículo 221 de esta ley. El impuesto tendrá un monto equivalente al 10% de un salario mínimo mensual. Igualmente, créase el impuesto social a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad-valoren con una tasa del 5%. El gobierno reglamentará los mecanismos de pago y el uso de estos recursos: el plan de beneficios, los beneficiarios y los procedimientos necesarios para su operación.

PARAGRAFO. Se exceptúan de estos impuestos las armas de fuego y municiones y explosivos que posean las fuerzas armadas y de policía y las entidades de seguridad del Estado.

1.1.4 Título IV “De La Vigilancia Y Control Del Sistema”

Información Requerida.

Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán establecer sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de costo deberán tener como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios prestados, utilizando para el efecto métodos sistematizados. Los sistemas de facturación deberán permitir conocer al usuario, para que este conserve una factura que incorpore los servicios y los correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Superintendencia exigirá en forma periódica, de acuerdo con la reglamentación que se expida, la publicación de la información que estime necesaria de la entidad y de ésta frente al sistema, garantizando con ello la competencia y transparencia necesarias. Igualmente, deberá garantizarse a los usuarios un conocimiento previo de aquellos procedimientos e insumos que determine el Ministerio de Salud.

Información para la vigilancia del recaudo

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá hacerse en forma independiente a la afiliación al régimen general de pensiones.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar a las entidades rectoras del régimen general de pensiones la información que permita determinar la evasión y elusión de los aportes por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, podrá solicitar información a la administración de impuestos nacionales, a las entidades recaudadoras territoriales y a otras entidades que reciban contribuciones sobre la nómina orientada a los mismos efectos. En todo caso, esta información observará la reserva propia de la de carácter tributario.

Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud.

Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

Revisoría Fiscal.

Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, deberán tener un revisor fiscal designado por la Asamblea general de accionistas, o por el órgano competente. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el libro II, título I, capítulo VII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto sin perjuicio de lo prescrito en otras normas.

Corresponderá al Superintendente Nacional de Salud dar posesión al Revisor Fiscal de tales entidades. Cuando la designación recaiga en una asociación o firma de contadores, la diligencia de posesión procederá con relación al contador público que sea designado por la misma para ejercer las funciones de revisor fiscal. La posesión solo se efectuará una vez el Superintendente se cerciore acerca del carácter, la idoneidad y la experiencia del peticionario.

PARAGRAFO. Para la inscripción en el registro mercantil del nombramiento de los revisores fiscales, se exigirá por parte de las Cámaras de Comercio copia de la correspondiente acta de posesión.

Control Fiscal.

El control fiscal de las entidades de que habla esta ley, se hará por las respectivas Contralorías para las que tengan carácter oficial y, por los controles estatutarios para las que tengan un carácter privado.

Régimen Sancionatorio.

La Superintendencia Nacional de Salud, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, 168, 178, 182, 183, 188, 204, 210, 225 y 227, por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

El certificado de autorización que se le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud podrá ser revocado o suspendido por la Superintendencia mediante providencia debidamente motivada, en los siguientes casos:

1. Petición de la Entidad Promotora de Salud;
2. Cuando la entidad deje de cumplir cualquiera de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización;
3. Cuando la entidad no haya iniciado su actividad en un plazo de tres meses contados a partir de la fecha de otorgamiento del certificado de autorización;

4. Cuando la entidad ejecute prácticas de selección adversa.
5. Cuando se compruebe que no se presta efectivamente los servicios previstos en el Plan de Salud Obligatorio.

PARAGRAFO 1. El Gobierno reglamentará los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administrar o liquidar y otros mecanismos aplicables a las entidades promotoras y prestadoras que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud a que hace referencia la presente ley, protegiendo la confianza pública en el sistema.

PARAGRAFO 2. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, control y vigilancia respecto de las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica.

Veedurías Comunitarias.

Sin perjuicio de los demás mecanismos de control, y con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de servicios, la prestación de los servicios mediante el régimen de Subsidios en salud será objeto de control por parte de veedurías comunitarias elegidas popularmente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicará las disposiciones contenidas en los artículos 225, 227 y 228 de que trata la presente ley, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto. El Ministerio de Salud definirá los casos excepcionales en donde no se exigirá la revisoría fiscal.

De la Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

Adiciónese el artículo 7o. del Decreto 2165 de 1992, que establece las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, con los siguientes numerales:

1. Interrogar bajo juramento y con observancia de las formalidades previstas para esta base de pruebas en el código de procedimiento civil, a cualquier persona cuyo testimonio pueda resultar útil para el esclarecimiento de los hechos durante el desarrollo de sus funciones.

En desarrollo de esta facultad podrá exigir la comparecencia, haciendo uso de las medidas coercitivas que se consagran para este efecto en el código de procedimiento civil.

2. Imponer a las instituciones respecto de las cuales tenga funciones de inspección y vigilancia, administradores, empleados o revisor fiscal de las mismas, previa solicitud de explicaciones, multas sucesivas hasta de 1.000 Salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sanción cuando desobedezcan las instrucciones u órdenes que imparta la superintendencia;
3. Emitir las órdenes necesarias para que se suspendan de inmediato prácticas ilegales o no autorizadas y se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento;
4. Velar porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las

operaciones que realicen, de suerte que les permita, a través de elementos de juicio claro y objetivo, escoger las mejores opciones del mercado;

5. Publicar u ordenar la publicación de los estados financieros e indicadores de las entidades sometidas a su control, en los que se demuestre la situación de cada una de éstas y la del sector en su conjunto;
6. Fijar las reglas generales que deben seguir los hospitales en su contabilidad, sin perjuicio de la autonomía reconocida a éstos para escoger y utilizar métodos accesorios, siempre que éstos no se opongan, directa o indirectamente, a las instrucciones generales impartidas por la superintendencia;
7. Practicar visitas de inspección a las entidades vigiladas con el fin de obtener un conocimiento íntegro de su situación financiera del manejo de los negocios, o de aspectos especiales que se requieran.
8. Velar porque se realicen adecuadamente las provisiones en materia previsional y prestacional de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las instituciones de utilidad común que contraten con el estado.
9. Inspeccionar y vigilar las Entidades Promotoras de Salud en los términos previstos en la presente ley y en las demás normas que regulan la estructura y funciones de la superintendencia.

El Gobierno Nacional podrá delegar total o parcialmente la inspección y vigilancia de las Entidades Promotoras de Salud en los jefes de las entidades territoriales.

La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de

preexistencias en el sector salud. Para el efecto la Superintendencia deberá tener en cuenta la opinión de un comité integrado para cada caso por un especialista designado por la Superintendencia, un especialista designado por la entidad y un especialista designado por el usuario. Los especialistas serán llamados a cumplir con su función en forma gratuita y obligatoria frente a la Superintendencia. El procedimiento para resolver la controversia será fijado por el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO 1. Derogase el artículo 3o, numerales 1, 2, 16, 17 18 y artículo 38 del Decreto 2165 de 1992.

PARAGRAFO 2. El procedimiento administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Bancaria. Los actos de carácter general que expida la Superintendencia Nacional de Salud no producirán efectos legales mientras no se publiquen en el boletín del Ministerio de Salud, Capítulo, Superintendencia Nacional de Salud, el cual podrá ser editado y distribuido a través de esta.

PARAGRAFO 3. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia sobre el Fondo de Solidaridad y Garantía y sobre las Entidades Promotoras de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar con firmas de auditoría colombianas la realización del programa o labores especiales.

1.1.5 Título V “La Transición Del Sistema”

Régimen de Transición.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud con todas las entidades y elementos que lo conforman tendrá un plazo máximo de un año, contado a

partir de la entrada en vigencia de la presente ley, para iniciar su funcionamiento, salvo los casos especiales previstos en la presente ley.

Créase la Comisión Técnica para la Transición, la cual estará encargada de la asesoría al Gobierno Nacional, con la debida consulta a los diversos grupos partícipes del Sistema, para la puesta en marcha del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud dentro del plazo previsto en el presente artículo. Estará compuesta por 5 expertos en la materia, y su organización y funcionamiento serán reglamentados por el Gobierno Nacional. El Gobierno Nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

PARAGRAFO.- Las Entidades Promotoras de Salud que se creen en desarrollo de esta ley tendrán desde el comienzo de su operación cobertura familiar para sus afiliados.

Del Instituto de Seguros Sociales.

No obstante lo previsto en el artículo anterior, las obligaciones de afiliación y cotización consagradas en las leyes vigentes serán exigibles para empleadores y trabajadores durante el período de transición.

Quienes al momento de entrar en vigencia la presente ley, se encuentren afiliados al Instituto de Seguros Sociales, podrán trasladarse a otra Entidad Promotora de Salud debidamente aprobada sólo cuando la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, de que habla el artículo 220 de esta ley, se encuentre efectivamente operando.

La extensión de la cobertura familiar para quienes continúen o decidan afiliarse al Instituto de Seguros Sociales se hará en forma progresiva, en un

período máximo de 1 año a partir de la operación efectiva del Fondo de Solidaridad y Garantía.

PARAGRAFO. Los trabajadores del Instituto de Seguros Sociales mantendrán el carácter de Empleados de la Seguridad Social.

De las Cajas, Fondos y Entidades de Seguridad Social del Sector Público, Empresas y Entidades Públicas.

Las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público, empresas y entidades del sector público de cualquier orden, que con anterioridad a la fecha de vigencia de la presente ley presten servicios de salud o amparen a sus afiliados riesgos de enfermedad general y maternidad, tendrán dos años para transformarse en empresas promotoras de salud, adaptarse al nuevo sistema o para efectuar su liquidación, de acuerdo con la reglamentación que al respecto expida el Gobierno Nacional.

La transformación en Entidad Promotora de Salud será un proceso donde todos los trabajadores recibirán el Plan de Salud Obligatorio de que trata el artículo 162 y, en un plazo de cuatro años a partir de la vigencia de esta ley, éstos pagarán las cotizaciones dispuestas en el artículo 204, ajustándose como mínimo en un punto porcentual por año, y la Entidad Promotora de Salud contribuirá al sistema plenamente con la compensación prevista en el artículo 220. Cuando el plan de beneficios de la entidad sea más amplio que el Plan de Salud Obligatorio, los trabajadores vinculados a la vigencia de la presente ley y hasta el término de la vinculación laboral correspondiente o el período de jubilación, continuarán recibiendo dichos beneficios con el carácter de plan complementario, en los términos del artículo 169. Las dependencias que presten servicios de salud de las cajas, fondos, entidades previsionales o entidades públicas con otro objeto social podrán suprimirse o convertirse en

Empresas Sociales del Estado, que se registrarán por lo estipulado en la presente ley.

Las entidades públicas antes referidas, que a juicio del Gobierno Nacional no requieran transformarse en empresas promotoras de salud, ni liquidarse podrán continuar prestando los servicios de salud a los servidores que se encuentren vinculados a la respectiva entidad en la fecha de iniciación de vigencia de la presente ley y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, en la forma como lo vienen haciendo. Estas entidades deberán no obstante, ajustar gradualmente su régimen de beneficios y financiamiento, al previsto en los artículos 162, 204 y 220 de esta ley, en un plazo no mayor a cuatro (4) años, de tal manera que participen en la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía. De conformidad con lo anterior, las entidades recaudarán mediante retención a los servidores públicos, en forma creciente y explícita, las cotizaciones establecidas en el artículo 204 de la presente ley, la cual aumentará como mínimo en un punto porcentual por año.

En caso de liquidación, de las cajas, fondos, entidades previsionales y empresas del sector público, los empleadores garantizarán la afiliación de sus trabajadores a otra Entidad Promotora de Salud y, mientras estos logren dicha afiliación, tendrán que garantizar la respectiva protección a sus beneficiarios.

Para las instituciones del orden nacional se aplicarán por analogía las disposiciones laborales de que trata el capítulo 2 del Decreto 2147 de 1992, en especial para preservar los derechos de los trabajadores y pagar las indemnizaciones que resulten de la supresión de los empleos. Igualmente, se harán extensivas las disposiciones consagradas en el decreto 2151 de 1992 para garantizar la adaptación laboral de los empleados que, por obra de lo aquí dispuesto, se les supriman sus cargos.

Para las instituciones de otro orden distinto al nacional, la respectiva entidad territorial o la junta directiva de los entes autónomos, expedirá la norma correspondiente, observando los principios establecidos en el presente artículo.

PARAGRAFO 1. En todo caso, los servidores públicos que se vinculen a partir de la vigencia de la presente ley se afiliarán al Instituto de Seguros Sociales o a cualquier Entidad Promotora de Salud, según lo dispuesto en esta ley.

PARAGRAFO 2. Las enajenaciones derivadas de los procesos de reorganización aquí mencionados estarán exentos de los impuestos correspondientes.

PARAGRAFO 3. Las instituciones de seguridad social del orden nacional podrán ser liquidadas cuando así lo solicite la mitad mas uno de los afiliados que se expresarán de conformidad con el mecanismo que para el efecto defina el decreto reglamentario. Lo anterior sin perjuicio de que todas las instituciones se sometan a las disposiciones consagradas en la presente ley.

De la transición para el sector agropecuario

La obligación de los empleadores y trabajadores del sector agropecuario de afiliarse a los organismos encargados de prestar el Servicio de Seguridad Social en Salud regulado en esta ley, deberá cumplirse en el momento en que se disponga de la oferta de servicios en la respectiva región.

De la Financiación de los Hospitales Públicos que Reciben Aportes de la Nación y/o de las Entidades Territoriales.

En lo sucesivo y de acuerdo al programa de conversión gradual que para el efecto se establezca, las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de

Salud garantizarán la celebración de contratos de compra-venta de servicios con los hospitales para atender la población que se les asigne o con las Entidades Promotoras de Salud, sin perjuicio de lo dispuesto en la ley 10 de 1990 y en la Ley 60 de 1993.

Para las vigencias fiscales de 1995 y 1996, las entidades territoriales, sin perjuicio de lo que trata el numeral 7 del artículo 18 de la ley 60 de 1993 tomaran como referencia para la programación presupuestal de las entidades públicas que prestan servicios de salud el valor en pesos constantes a ellas asignadas en la vigencia fiscal de 1994.

Durante los primeros tres años de vigencia de la ley, las instituciones de prestación de servicios de salud que reciben recursos públicos a cualquier título, continuarán recibiendo como mínimo una suma igual en términos reales a la obtenida durante el año fiscal inmediatamente anterior a la fecha de la presente ley. Una vez concluido este término se acogerá el programa de conversión concertado entre el Ministerio de Salud y las entidades territoriales de que trata el artículo 239 de la presente Ley.

De las Entidades Territoriales

En forma gradual, las entidades territoriales organizarán el régimen de subsidios en un plazo máximo de dos (2) años a partir de la vigencia de esta ley, de tal forma que una parte creciente de los ingresos de las instituciones prestadoras provenga de la venta de servicios de los planes de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para este fin, las Direcciones Seccionales, Distritales Y Municipales deberán presentar al Ministerio de Salud como parte del plan de ampliación de coberturas, mejoramiento de calidad y descentralización de que trata el artículo 13 y 14 de la ley 60 de 1993, las condiciones y términos de transición

para la sustitución de transferencias por la contratación de servicios y la implementación de los subsidios a la demanda en salud.

De las Cajas de Compensación Familiar.

Las Cajas de Compensación Familiar que sin haberse transformado en Entidades Promotoras de Salud opten por prestar los servicios propios de estas entidades, tendrán el mismo plazo contemplado en el artículo 234 para adoptar los programas regulados para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de que trata la presente ley.

En cualquier caso las Cajas de Compensación Familiar tendrán que garantizar la actual protección a sus beneficiarios durante el período de transición de que trata el artículo 234 a las Entidades Promotoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Durante este período, las Cajas de Compensación Familiar destinarán al régimen de subsidios según lo dispone el artículo 217 únicamente la diferencia entre el cinco por ciento (5%) o el diez por ciento (10%) según sea el caso de que trata el artículo 217 y el costo de la atención en salud de los familiares que no estén afiliados ha dicho sistema. Las cajas destinarán estos recursos para atender beneficiarios del régimen subsidiado que se afilien a la misma o a la atención de los grupos prioritarios definidos en el artículo 157 literal b, según la forma y modalidades que el Gobierno Nacional reglamente, previo el concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO. Durante el período en el cual los afiliados del ISS no puedan trasladarse a otras Entidades Promotoras de Salud, la atención de las familias de los trabajadores podrá ser cubierta por las Cajas de Compensación Familiar o por cualquier otra Entidad Promotora de Salud, de acuerdo con la elección que haga el afiliado cotizante. Para ello, recibirán una parte de la cotización de que trata el artículo 204, según lo establezca el Gobierno

Nacional previo el concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Régimen de Tarifas.

Un año después de la vigencia de la presente ley, se unificará el régimen de tarifas que aplicarán las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud en la venta de sus servicios o uso de su capacidad a cualquier entidad promotora de servicios o asociación de profesionales, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto se expida.

1.1.6 Título VI “Disposiciones Complementarias”

Fondo Prestacional del Sector Salud.

El fondo del pasivo prestacional para el sector salud, de que trata la Ley 60 de 1993, cubrirá las cesantía netas acumuladas y el pasivo laboral por pensiones de jubilación causado a 31 de diciembre de 1993.

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 ésta, 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.

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, estén 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 previsional, 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 previstos en la Ley 60 de 1993.

PARAGRAFO. Para los efectos de lo dispuesto en el presente artículo, entiéndase por cesantías netas, las cesantías acumuladas menos las pagadas a 31 de diciembre de 1993.

Amnistía a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Para la cabal aplicación de lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 19o. de la ley 60 de 1993 sobre los pagos por prestaciones sociales del personal de salud de las entidades previstas en el numeral 2 del artículo 33 de la misma ley, el Instituto de Seguros Sociales y el Fondo Nacional del Ahorro deberán afiliar a los servidores públicos del sector salud, una vez se haya definido el pago de la deuda acumulada por cesantía y el pasivo pensional incluidos los intereses corrientes.

Cuando se trate de las entidades públicas previstas en el literal a) del segundo numeral del artículo 33 de la ley 60 de 1993, el ISS, el FNA, el ICBF, el SENA

y la ESAP condonarán las multas y otras erogaciones distintas al saneamiento del pasivo pensional y los intereses corrientes que adeuden por su falta de afiliación o pago antes de diciembre de 1993.

Cuando se trate de entidades incursoas en causal de liquidación, en los términos previstos en los literales b) y c) del artículo mencionado, los Consejos u Órganos Directivos del ISS, el FNA, el ICBF, el SENA y la ESAP estarán facultados para condonar las multas y erogaciones previstas en el inciso anterior.

Sobre el Funcionamiento del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

Por el cual se introducen las siguientes modificaciones al Decreto 663 de 1993.

1. Agréguese el numeral 5 al artículo 192.

Las Compañías Aseguradoras que operan el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, destinarán el 3.0 por ciento de las primas que recauden anualmente a la constitución de un fondo administrado por ellas para la realización conjunta de campañas de prevención vial nacional, en coordinación con las entidades estatales que adelanten programas en tal sentido.

2. El artículo 194 numeral 1, literal a) quedará así:

- a. A certificación sobre la ocurrencia del accidente. El Gobierno Nacional reglamentará la forma en que habrá de demostrarse la ocurrencia de éste. Será prueba del mismo la certificación que expida el médico que atendió inicialmente la urgencia en el centro hospitalario.

3. El artículo 194 numeral 2, quedará así:

En caso de muerte de la víctima como consecuencia de accidente de tránsito y para los efectos de este estatuto serán beneficiarios de las indemnizaciones por muerte las personas señaladas en el artículo 1.142 del código de comercio. En todo caso a falta de cónyuge, en los casos que corresponda a éste la indemnización se tendrá como tal el compañero o compañera permanente, que acredite dicha calidad, de conformidad con la reglamentación que para el efecto señale el Gobierno Nacional. La indemnización por gastos funerarios y exequias se pagará a quien demuestre haber realizado las correspondientes erogaciones.

4. El inciso 2o. numeral 1, del artículo 195, quedará así:

El Gobierno Nacional determinará las tarifas a que deben sujetarse los establecimientos hospitalarios y clínicos, de los subsectores oficial y privado de que trata el artículo 5o. de la Ley 10 de 1990, en la prestación de la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria a las víctimas de los accidentes de tránsito. Las tarifas que establezca el Gobierno Nacional serán fijadas en salarios mínimos legales.

5. Agregase el numeral 5o. al artículo 195.

Las compañías aseguradoras que incurran en conductas tendientes a dilatar injustificadamente el pago de la indemnización de que trata el presente artículo se verán abocadas a las sanciones de carácter pecuniario que para el efecto establezca el Gobierno Nacional sin perjuicio de las demás previstas en la Ley.

6. Agregase el numeral 6 al artículo 195.

Cuando las compañías aseguradoras encuentren que existen serios motivos de objeción a la reclamación que presenten las entidades clínicas hospitalarios, deberán poner en conocimiento del reclamante tales objeciones, dentro del término previsto para el pago de la indemnización. No obstante, deberá en todo caso la aseguradora pagar como anticipo imputable a la indemnización, una suma equivalente al porcentaje que reglamente el Gobierno Nacional, siempre que la reclamación se haya presentado de conformidad con lo dispuesto en las normas que la regulan.

7. El literal b) del numeral 4o. del artículo 199, quedará así:

Agotado el límite de la cobertura de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios otorgada por las compañías aseguradoras o el FONSAT, a la atención de las víctimas politraumatizadas de accidentes de tránsito o a la rehabilitación de las mismas en los términos del reglamento del Gobierno Nacional, según directrices del Consejo Nacional de Seguridad.

8. El literal c) del numeral 4o. del artículo 199, quedará así:

c) A partir de la vigencia de la presente ley y atendidas las erogaciones anteriores, a la atención de las víctimas de catástrofes naturales y de actos terroristas de conformidad con la reglamentación del Gobierno Nacional según directrices fijadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social. El saldo existente en la fecha se destinará según las normas anteriores.

9. Por el cual se modifica la parte final de los incisos 1 y 4 del artículo 199, numeral 2o.

Inciso 1o. Transferencias de los recursos administrados por las entidades aseguradoras al "FONSAT". Las entidades aseguradoras que cuenten con autorización para la operación del ramo de seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito transferirán bimestralmente el 20% del valor de las primas emitidas por cada una de ellas, en el bimestre inmediatamente anterior, al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito "FONSAT". Dicha transferencia deberá efectuarse dentro de los quince (15) primeros días hábiles del mes correspondiente.

Inciso 4. La determinación del resultado del período anual se efectuará dentro de los dos (2) meses siguientes al corte correspondiente. La transferencia deberá realizarse dentro de los quince (15) primeros días hábiles del mes correspondiente.

El Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

Créase el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, como un establecimiento público del orden nacional, adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica, patrimonio independiente y autonomía administrativa, cuyo objeto es la ejecución de las políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva.

El Gobierno Nacional reglamentará el régimen de registros y licencias, así como el régimen de vigilancia sanitaria y control de calidad de los productos de qué trata el objeto del INVIMA, dentro del cual establecerá las funciones a

cargo de la nación y de las entidades territoriales, de conformidad con el régimen de competencias y recursos.

PARAGRAFO. A partir de la vigencia de la presente ley, la facultad para la formulación de la política de regulación de precios de los medicamentos de que goza el Ministerio de Desarrollo Económico, de acuerdo con la ley 81 de 1987, estará en manos de la Comisión Nacional de Precios de los Medicamentos.

Para tal efecto, créase la Comisión Nacional de Precios de medicamentos compuesta, en forma indelegable, por los Ministros de Desarrollo Económico y Salud y un delegado del Presidente de la República. El Gobierno reglamentará el funcionamiento de esta comisión.

Corresponde al Ministerio de Desarrollo hacer el seguimiento y control de precios de los medicamentos, según las políticas fijadas por la comisión.

Corresponde al Ministerio de Salud el desarrollo de un programa permanente de información sobre precios y calidades de los medicamentos de venta en el territorio nacional, de conformidad con las políticas adoptadas por la comisión.

Difusión y Capacitación para el Desarrollo de la Ley.

El Ministerio de Salud organizará y ejecutará un programa de difusión del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y de capacitación a las autoridades locales, las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras, trabajadores y, en general, los usuarios que integren el Sistema General de

Seguridad Social en Salud . Este programa incluirá acciones específicas para capacitar y apoyar a los profesionales de la salud en el proceso de adecuación a las modalidades de organización, contratación, remuneración y prestación de servicios, que requiere el nuevo Sistema de Salud con base en la universalización solidaria de la seguridad social.

Del ofrecimiento de programas académicos en el Área de Salud por parte de las Instituciones de Educación Superior.

Para desarrollar programas de pregrado o postgrado en el Área de Salud que impliquen formación en el campo asistencial, las instituciones de Educación Superior deberán contar con un Centro de Salud propio o formalizar convenios docente-asistenciales con instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica, según la complejidad del programa, para poder realizar las prácticas de formación. En tales convenios se establecerán claramente las responsabilidades entre las partes.

Los cupos de matrícula que fijen las instituciones de Educación Superior en los programas académicos de pregrado y postgrado en el Área de Salud, estarán determinados por la capacidad que tengan las instituciones que prestan los servicios de salud.

Los convenios mencionados en el inciso primero deberán ser presentados ante el Ministerio de Educación Nacional por intermedio del ICFES, con concepto favorable del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud al momento de notificar o informar la creación de los programas.

Los programas de especializaciones medicoquirúrgicas que ofrezcan las instituciones Universitarias y las Universidades, tendrán un tratamiento

equivalente a los programas de maestría, conforme a lo contemplado en la Ley 30 de 1992, previa reglamentación del Consejo de Educación Superior.

Facultades Extraordinarias.

De conformidad con lo previsto en el ordinal 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias por el término de seis (6) meses, contados desde la fecha de publicación de la presente ley³ para:

1. Reestructurar al Instituto Nacional de Salud, y al Ministerio de Salud de acuerdo con los propósitos de esta Ley.
2. El Gobierno Nacional podrá modificar la estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud con el exclusivo propósito de efectuar las adecuaciones necesarias para dar eficaz cumplimiento a lo dispuesto en esta ley. En el evento de que deban producirse retiros de personal como consecuencia de la modificación de la estructura y funciones de la superintendencia, el Gobierno Nacional establecerá un plan de retiro compensado para sus empleados, el cual comprenderá las indemnizaciones o bonificaciones por el retiro y/o pensiones de jubilación.
3. Determinar la liquidación de las Cajas, Fondos o entidades de seguridad o previsión social del orden nacional que presten servicios de salud que por su situación financiera deban ser liquidadas por comprobada insolvencia.
4. Expedir un régimen de incompatibilidades e inhabilidades y las correspondientes sanciones para los miembros de junta directiva u organismos directivos y para los representantes legales y empleados de las

³ Sistema de seguridad social integral, Ley 100

entidades prestadoras y promotoras de servicios estatales y las instituciones de utilidad común o fundaciones que contraten con el estado la prestación de servicios o las que reciban aportes estatales.

5. Expedir un estatuto orgánico del sistema de salud, de numeración continua, con el objeto de sistematizar, integrar, incorporar y armonizar en un sólo cuerpo jurídico las normas vigentes en materia de salud, así como las que contemplen las funciones y facultades asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud. Con tal propósito podrá reordenar la numeración de las diferentes disposiciones, incluyendo esta ley, sin que en tal caso se altere su contenido. En desarrollo de esta facultad podrá eliminar las normas repetidas o superfluas.

6. Facultase al Gobierno Nacional para que en el término de seis meses, contados a partir de la fecha de la presente ley, organice el sistema de salud de las Fuerzas Militares y de Policía y al personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990, en lo atinente a:
 - a. Organización estructural.

 - b. Niveles de Atención Médica y grados de complejidad.

 - c. Organización funcional.

 - d. Régimen que incluya normas científicas y administrativas.

 - e. Régimen de prestación de servicios de salud.

7. Precisar las funciones del INVIMA y proveer su organización básica. Facúltase al Gobierno Nacional para efectuar los traslados presupuestales necesarios que garanticen el adecuado funcionamiento de la entidad.

8. Reorganizar y adecuar el Instituto Nacional de Cancerología, los Sanatorios de Contratación y de Agua de Dios y la Unidad Administrativa Especial Federico Lleras Acosta, que prestan servicios de salud para su transformación en Empresas Sociales de Salud. Para este efecto Facúltase al Gobierno Nacional para efectuar los traslados presupuestales necesarios.

REFORMA DE LA LEY 100 CON COVERTURA UNIVERSAL EN EL 2010 Y BENEFICIOS PARA LOS AFILIADOS.

Creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), como unidad técnica especial adscrita al Ministerio de la Protección Social, que se encargará de definir los Planes Obligatorios de Salud, el listado de medicamentos, las reglas para el traslado de afiliados entre EPS y el valor de la Unidad de Pago por Capitación en ambos regímenes de recomendar proyectos de ley o decretos reglamentarios que sean necesarios, entre otras funciones.

Beneficios para los afiliados

Una de las modificaciones más importantes contenidas en la reforma tiene que ver con la eliminación de barreras para el acceso a los servicios de salud.

En tal sentido, se aprobó la eliminación de los copagos y cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado y la reducción en los períodos mínimos de cotización en el Régimen Contributivo. En este último caso, el máximo de semanas exigidas para la atención de las enfermedades de alto costo será de 26, es decir, cerca de 6 meses; hasta ahora se exigían 52 semanas para algunos casos y 100 para otros.

Así mismo, se aprobó que el Plan Obligatorio de Salud será actualizado por lo menos una vez al año, y progresivamente se buscará que el POS del Régimen Subsidiado tenga los mismos beneficios del Contributivo, con el fin de buscar la equidad en la prestación de los servicios de salud.

La reforma pone fin a la costumbre de muchas empresas de medicina prepagada de vender el POS como si fueran servicios adicionales. Para esto, se le otorgó al Ministerio de la Protección Social la potestad de definir los parámetros para que los Planes Adicionales de Salud sean “complementarios” al POS, es decir, que presten servicios distintos a los contenidos en éste.

EPS retoman acciones de promoción y prevención

Con el proyecto se cambia el nombre de las ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado), que en adelante se llamarán EPS del Régimen Subsidiado. Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del Régimen Subsidiado, que en virtud de la Ley 715 estaban en cabeza de las alcaldías, sin ofrecer resultados positivos, regresan a las EPS de Régimen Subsidiado. Para esto se estableció que el valor total de la Unidad de Pago por Capitación será entregado a dichas EPS.

La prestación de estos servicios se hará a través de las Empresas Sociales del Estado contratadas por las EPS, y sólo cuando éstas no tengan la capacidad necesaria o cuando no ofrezcan los resultados pactados, podrán contratarse con otras entidades, caso en el cual se requiere la autorización del Ministerio de la Protección Social.

Se fortalece la vigilancia y control del sistema. Nace Defensor del Usuario

La reforma fortalece la vigilancia del sector mediante la creación del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, que estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, y se encargará de vigilar la generación, flujo administración y aplicación de los recursos del sector y de velar por que se respeten los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad en Salud, entre otros objetivos.

Para esto contempla el otorgamiento de funciones jurisdiccionales a la Superintendencia Nacional de Salud, lo que significa que ésta tendrá facultades propias de un juez para conocer y fallar en derecho sobre distintos aspectos que afecten a los afiliados, como cobertura de servicios, reconocimiento económico de gastos, libre elección y multifiliación.

Un elemento fundamental en este sistema será el Defensor del Usuario en Salud, figura nueva que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud, y que será el vocero de los afiliados ante las EPS con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas sobre prestación de servicios de salud.

Otros puntos de la reforma

El descuento para cotización en salud de los contratistas será sobre el 40% de lo devengado.

Se autoriza el pago de deudas del Régimen Subsidiado, por una sola vez, con recursos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP.)

Definición del porcentaje de contratación de EPS del Régimen Subsidiado con Empresas Sociales del Estado: 60% durante los 3 primeros años posteriores a la aprobación de la reforma y 55% en los años siguientes.

Habrà libertad para cambiar de EPS sin importar el tiempo de permanencia, cuando ésta no garantice la red de prestadores ofrecida.

Los desplazados y desmovilizados se afiliarán a una EPS de cobertura nacional.

Se implementará un Plan Nacional de Salud Pública que quedará expresado en el Plan Nacional de Desarrollo⁴.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

1. ¿Sabe usted ¿Qué es el Plan Obligatorio de Salud?

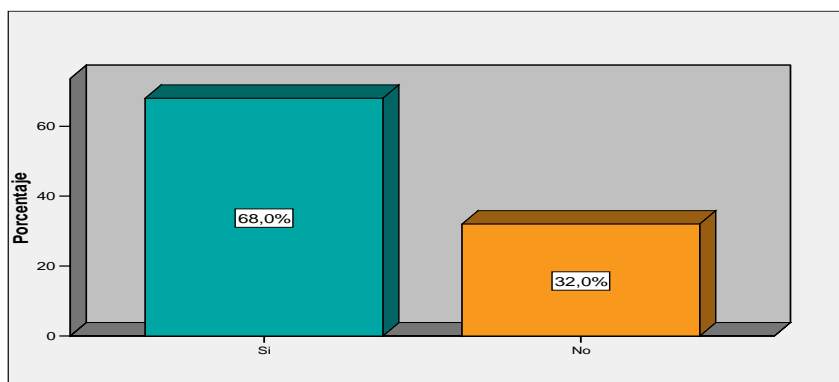


Gráfico No. 1. ¿Sabe usted qué es el Plan Obligatorio de Salud?

De 100 personas que participaron en la encuesta el 68% expresan conocer que es el Plan Obligatorio de Salud, mientras que el 32% afirma no conocerlo.

⁴ Boletín de prensa No. 117 – 06 del 7 de diciembre de 2006

2. Su EPS Subsidiada ó Contributiva ¿Le Informa Periódicamente sus Derechos y Deberes en el Plan Obligatorio de Salud?

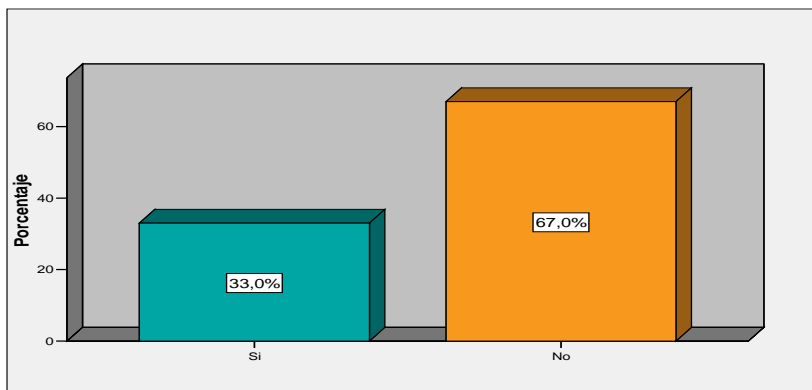


Gráfico No. 2. Su EPS Subsidiada o Contributiva ¿Le informa periódicamente sus derechos y deberes en el Plan Obligatorio de Salud?

De **100 personas** que participaron en la encuesta, 67 personas expresan conocer sus derechos y deberes en el Plan Obligatorio de Salud, mientras que el 33% afirma no conocerlos.

3 ¿Cree usted que la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán 3 Nivel del Socorro cuenta con funcionarios idóneos y capacitados para desarrollar los programas del Plan Obligatorio de Salud?

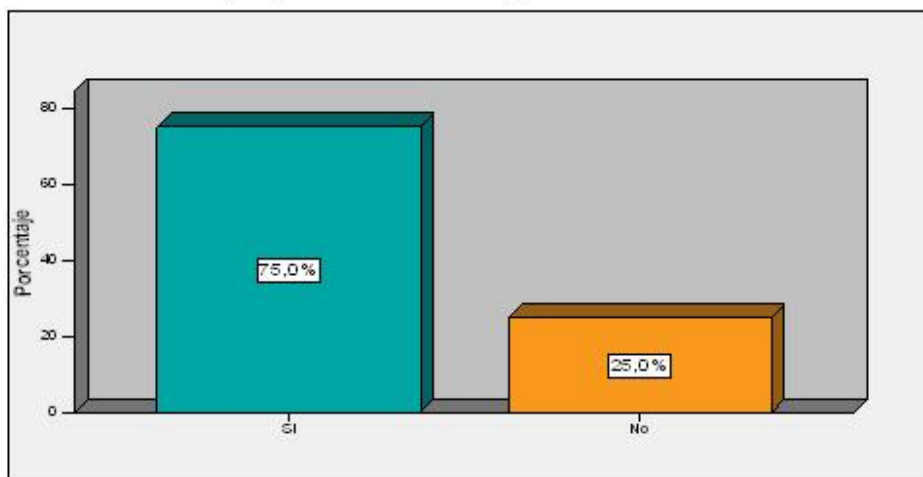


Gráfico No. 3. ¿Cree usted que la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltran 3 Nivel del Socorro cuenta con funcionarios idóneos y capacitados para desarrollar los programas del Plan Obligatorio de Salud?

De **100 personas** que participaron en la encuesta el 75% piensa que los funcionarios son idóneos y capacitados para desarrollar los programas del Plan Obligatorio de Salud mientras que el 25% piensa que no lo son.

Cuadro No. 1. ¿Cree usted que la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltran 3 Nivel del Socorro cuenta con funcionarios idóneos y capacitados para desarrollar los programas del Plan Obligatorio de Salud?

3.¿Cree usted que la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán 3 Nivel del Socorro cuenta con funcionarios idóneos y capacitados para desarrollar los programas del Plan Obligatorio de Salud?
me parece que están completos
Han facilitado los pos
hasta el momento
periódicamente capacitan al personal
cuenta con un muy buen grupo con experiencia suficiente
tiene implementado el pyp pero no está bien informado
las veces que he venido encuentro el médico que necesito
faltan más médicos porque hay muchos accidentes y médicos especialistas no hay otorrino
algunos falta calidad humana
el estudio es importante pero la práctica y la experiencia lo es más
algunos están capacitados otros no
es buena la atención
la nueva administración esta capacitando el personal
Son personas preparadas
Todo el personal está capacitado en cada una de las areas en que labora
Son personas capaces éticamente destacados y estudiados
Hay personal capacitado y con experiencia
Son profesionales
Son personas con mucho tiempo de experiencia laboral
cumplen con todas las obligaciones y atención al cliente
Son personas muy reconocidas en la región
Son los que conocen y manejan este tema y deben ser los más capacitados
Falta mucha atención
cada funcionario es profesional en su área y están muy bien informados sobre el pos
cuenta con profesional capacitado en las diferentes areas
no tengo conocimiento sobre el plan obligatorio de salud
se cuenta con profesionales, buen recursos humano
me imagino que el personal contratado esta capacitado

4. ¿El Hospital cuenta con instalaciones y recursos apropiados para la atención de los usuarios que se benefician del Plan Obligatorio de Salud?

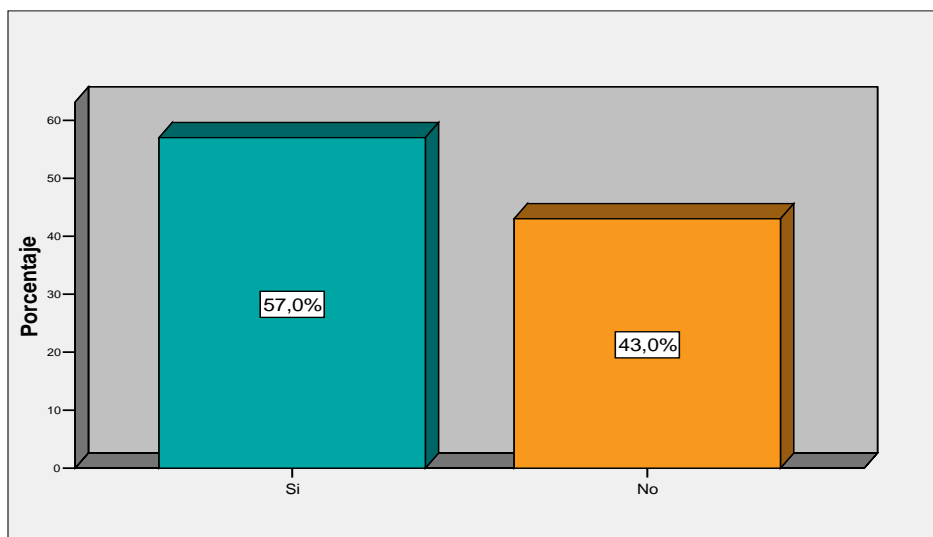


Gráfico No. 4. ¿El Hospital cuenta con instalaciones y recursos apropiados para la atención de los usuarios que se benefician del Plan Obligatorio de Salud?

De **100 personas** que participaron en la encuesta el 57% piensa que el Hospital cuenta con las instalaciones y recursos apropiados para la atención de los usuarios

Cuadro No. 2. ¿El Hospital cuenta con instalaciones y recursos apropiados para la atención de los usuarios que se benefician del Plan Obligatorio de Salud?

4. ¿El Hospital cuenta con instalaciones y recursos apropiados para la atención de los usuarios que se benefician del Plan Obligatorio de Salud?	personas
son necesarios	1
existe el área de vacunación	1
Medianamente	1
día a día buscan iniciar nuevas areas en pro de los usuarios	1
faltan consultorios, información	1
todo lo tiene la institución	1
vemos que siempre faltan implementos o medicamentos	1
equipos viejos	1
es un hospital muy bien dotado solo que ha tenido malas administraciones	1
si cuenta pero las están dejando deteriorar, es servicio y calidad es importante	1
hasta el momento todo esta excelente	1
faltan recursos de insumos e instrumentación para brindar mejor atención	2
por sus amplias instalaciones	1
he tenido que recibir servicios de urgencias en san gil y Bucaramanga	1
sus instalaciones creo están completas	1
tenemos instalaciones de III nivel	2
hacen falta para una mejor atención	1
faltan aparatos para los servicios	1
se requiere mejorar la atención de ciertos exámenes especializados	1
siempre están atentos a prestar sus equipos para cualquier análisis y examen requerido	1
no tienen equipos de rx ni tac	1
tiene muy buenas instalaciones lo único malo es la atención	1
se cuenta con algunas instalaciones	1
faltan recursos de insumos e instrumentación para brindar mejor atención	1
hay servicios especializados que no tienen	1

5. ¿Cumple usted con las citas de control del programa del cual está inscrito?

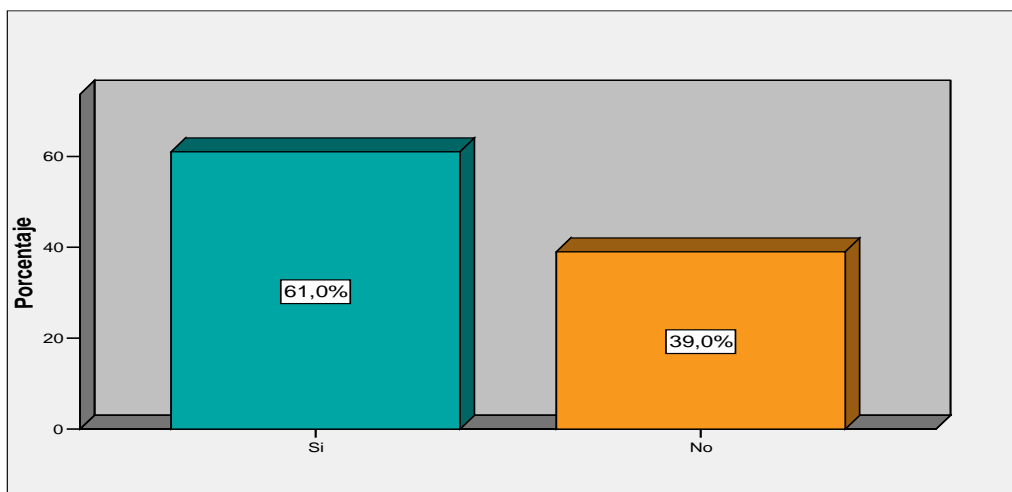


Gráfico No. 5. ¿Cumple usted con las citas de control del programa del cual esta inscrito?

De **100 personas** que participaron en la encuesta el 61% cumple con las citas de control mientras que el 39% no lo hace.

Cuadro No. 3. ¿Cumple usted con las citas de control del programa del cual está inscrito?

5. ¿Cumple usted con las citas de control del programa del cual está inscrito?	personas
es necesario y muy eficiente para la salud	1
es necesario para la salud de mis hijos y el mejoramiento de nuestro trabajo para no contaminar otras personas	1
por beneficio propio	1
es importante saber el estado de salud de mi familia y el mío	1
como se siente bien no se acude a ellos	1
si porque es un deber para la buena salud	1
porque es importante estar pendiente de mi salud	1
es un deber y un derecho al cual no debemos faltar	1
es un beneficio y ser cumplido para mejorar la atención y el servicio	1
en ocasiones, porque se olvida	1
no me han invitado	1
conozco su importancia	1
después se me ofrece algo y ya no me prestan atención	1
falta tiempo	1
mi eps es muy demorada para las citas medicas	1
lo necesito	1
porque no estoy interesada en ellos	1
porque no existen tales programas	1
no estoy inscrita a ninguno	2
de lo contrario tendría que pagar multa por no asistencia	1
se cumple con las citas estipuladas	1
porque no estoy en ningún programa	1
muchas veces no se esta informado	1
riesgo cardiovascular porque tengo derecho y es importante para mi	1
no estoy en ningún programa	1

6. ¿En alguna ocasión funcionarios del Hospital le han realizado visitas domiciliarias promoviendo el Plan Obligatorio de Salud?

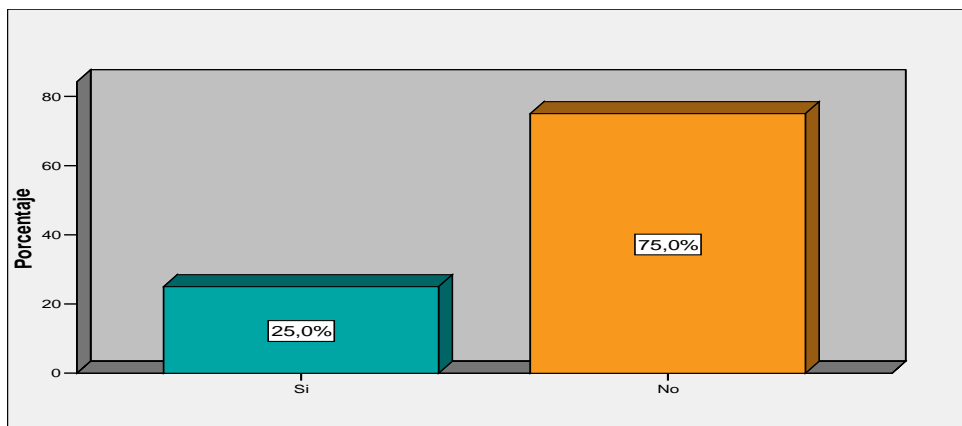


Gráfico No. 6. ¿En alguna ocasión funcionarios del Hospital le han realizado visitas domiciliarias promoviendo el Plan Obligatorio de Salud?

De **100 personas** que participaron en la encuesta el 75% manifiesta no haber recibido visitas domiciliarias provenientes del Hospital.

7. ¿Cree usted que sus hijos se benefician con el Plan Obligatorio de Salud?

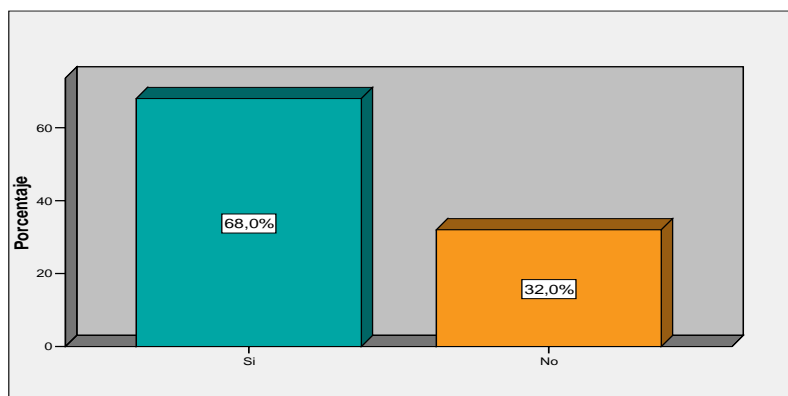


Gráfico No. 7. ¿Cree usted que sus hijos se benefician con el Plan Obligatorio de Salud?

De **100 personas** que participaron en la encuesta el 68% cree que sus hijos benefician con el Plan Obligatorio de Salud, mientras que el 32% no lo cree.

Cuadro No. 4. ¿Cree usted que sus hijos se benefician con el Plan Obligatorio de Salud?

7.¿Cree usted que sus hijos se benefician con el Plan Obligatorio de Salud?	personas
Los chequean y los cuidan de cualquier enfermedad	1
están incluidos en el programa de la nación	1
Por medio de este previene muchas enfermedades	1
no tengo hijos	1
la he sabido utilizar	1
no tengo hijos	7
cuando están muy enfermos	1
Por sus vacunas para que no le den enfermedades graves y consultas para poder sanarlos	1
Los tengo en control de niño sano	1
reciben medicamentos y vacunas	1
Los diferentes programas de los cuales se benefician	1
si porque los sanan de cualquier enfermedad	1
desconozco muchos de los beneficios	1
están más sanos	1
Les brindan la oportunidad de beneficiarse y de estar pendientes de su salud	1
ellos son vulnerables a cualquier contagio virus bacterias	1
cada vez que necesite del servicio acudo	1
se les prestan los servicios que necesitan a tiempo	1
asisto al control de crecimiento y desarrollo, valoración visual y otras	1
en muchos campos de la medicina son utilizados procurarles bienestar	1

8.¿Acude usted al hospital para prevenir enfermedades?

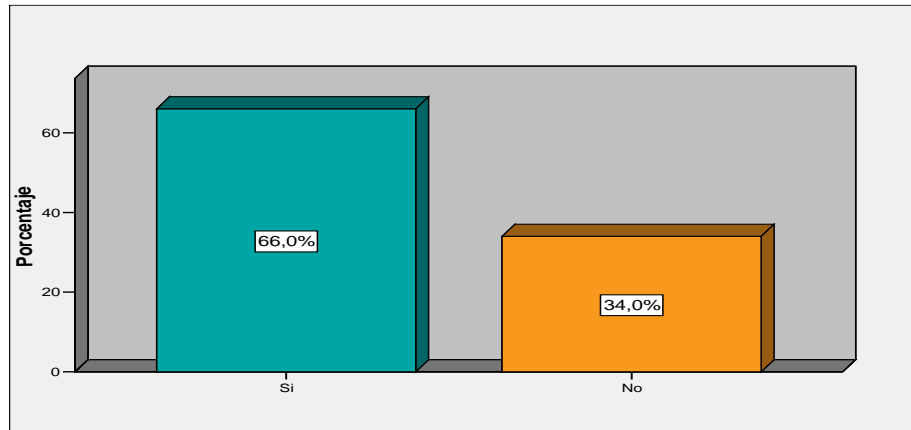


Gráfico No. 8. ¿Acude usted al hospital para prevenir enfermedades?

De **100 personas** que participaron en la encuesta el 66% acude al Hospital para prevenir enfermedades, mientras que el 34% no lo hace

9.¿Va usted al Hospital para aliviar sus enfermedades?

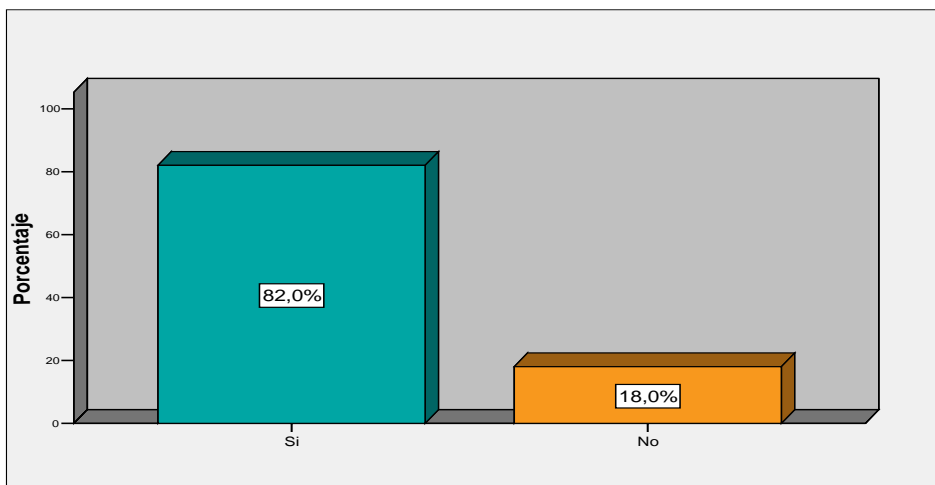


Gráfico No. 9. ¿Va usted al Hospital para aliviar sus enfermedades?

De **100 personas** que participaron en la encuesta el 82% utiliza el Hospital para aliviar sus enfermedades, mientras que el 18% no lo hace

10. Si pudiera elegir ¿Sacaría tiempo para asistir, ver ó escuchar la manera en que puede prevenir las enfermedades y promocionar la salud?

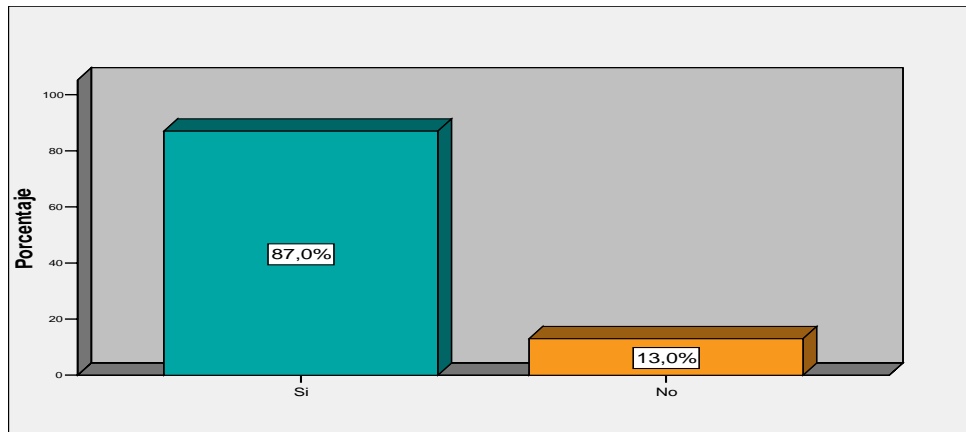


Gráfico No. 10. Si pudiera elegir ¿Sacaría tiempo para asistir, ver o escuchar la manera en que puede prevenir las enfermedades y promocionar la salud?

De **100 personas** que participaron en la encuesta el 87% estaría dispuesto a asistir, ver o escuchar la manera en que puede prevenir sus enfermedades y promocionar la salud.

Cuadro No. 5. Matriz FODA de información recopilada por encuestas aplicadas a población de consulta externa

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>Avance de la empresa en el proceso de transformación y cambio organizacional.</p> <p>Escasa competencia de otras instituciones.</p> <p>Beneficio de todo el grupo familiar con el Plan Obligatorio de Salud.</p> <p>Única Institución de tercer nivel en la zona que atiende tres provincias y maneja programas de prevención y promoción.</p>	<p>Los programas de expansión en cobertura.</p> <p>Contratación con Empresas Promotoras de Salud (EPS) mediante convenios que permitan el acceso a usuarios del régimen contributivo a la red.</p> <p>Proceso de legalización de parte de la acreditación por el ministerio de protección.</p> <p>Gestión de proyectos con respaldo estatal especialmente del Ministerio de Protección Social.</p>	<p>Baja capacidad de negociación con los proveedores de insumos importados, ya que el mercado es dominado por multinacionales.</p> <p>Alta rotación en la parte operativa dada la contratación por cooperativas con periodos cortos.</p> <p>Falta en la contratación del recurso humano para el desarrollo de los procesos.</p>	<p>La apertura de IPS por parte de las Administradoras del Régimen Subsidiado tal como lo permite la ley con mejor tecnología.</p> <p>Poca promoción de los programas por parte de las Administradoras del régimen subsidiado y Empresas prestadoras de salud.</p>
<p>La amplia red de la institución en relación con la competencia.</p> <p>Posicionamiento de las unidades básicas con la comunidad.</p> <p>Infraestructura adecuada frente a los programas establecidos para el sector.</p> <p>Contratación de servicios con las Administradoras del Régimen Subsidiado públicas.</p>	<p>Innovación tecnológica para mejorar la prestación de servicios de tercer y así aumentar la contratación con las diferentes entidades prestadoras de salud</p> <p>Las funciones administrativas del personal asistencial interfieren en el desarrollo de la atención al usuario.</p> <p>Proyecto de sistematización que al ser terminado tendrá un impacto en el control de la facturación y de los inventarios</p>	<p>Poca información de las E.P.S para con los usuarios de los derechos y deberes en el plan obligatorio de salud.</p> <p>Horarios y jornadas poco asequibles para asistir escuchar o ver la manera de prevenir enfermedades.</p> <p>Falta de agenda para la atención al usuario.</p> <p>Imagen negativa de las instituciones públicas.</p>	<p>Incertidumbre en la situación social y económica de las provincias a quien se le presta los servicios.</p> <p>Cambios en la regulación tarifaria y, en general, los cambios legislativos.</p> <p>Incremento en los índices de desempleo lo que genera esfuerzos fiscales adicionales para el pago de los subsidios.</p>
<p>Adecuada interrelación entre la entidad y los diferentes entes territoriales.</p> <p>Atención 24 horas (Laboratorio y Farmacia)</p> <p>Amplia referencia y contrareferencia de servicios</p>	<p>Ampliación de las alianzas estratégicas con el sector privado para</p> <p>La prestación de nuevos servicios y para la optimización de la atención.</p> <p>Realización de visitas domiciliarias por parte de los funcionarios de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán dando a conocer el plan Obligatorio de Salud.</p>		<p>No cumplimiento de las citas de control de los programas a los cuales están inscritos.</p>

**PLAN DE GESTION HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN
PERIODO 2009-2011**

**FERNANDO VILLARREAL AMAYA
GERENTE
E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN**

Socorro, Febrero de 2009

1. INTRODUCCION

De acuerdo con las disposiciones establecidas por el Ministerio de Protección Social, mediante el Decreto 357 de 2008, la Resolución 473 de 2008 y sus anexos técnicos, la Gerencia de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán Socorro ha diseñado su plan de gestión para el período 2009-2011 el cual se encuentra alineado con los objetivos e iniciativas estratégicas de su Plan estratégico Institucional.

La formulación del Plan de Gestión, permitió establecer la carta de navegación de la entidad, mediante la identificación de aquellas prioridades vitales para el desarrollo institucional, las cuales tienen un impacto directo sobre el usuario, los procesos, el personal, la infraestructura y las principales variables económicas y financieras.

Los beneficios que trajo consigo el diseño del plan de gestión, le permitieron a la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán Socorro:

1. Reconocer los principales retos y oportunidades del entorno; así como alinear la organización con los cambios externos.
2. Identificar las fortalezas y debilidades en los ámbitos de gestión Directiva y Estratégica; ámbito de prestación de servicios de salud y actividades de gestión administrativa.
3. Seleccionar los retos estratégicos sobre los cuales orientar los esfuerzos institucionales y
4. Movilizar a la institución en el diseño de planes operacionales, definición de responsables y asignación de recursos y estimación de tiempos para su efectivo cumplimiento.

Los Planes de Desarrollo y de Gestión diseñados, lograron crear los mecanismos de carácter administrativo y organizacional para la buena gestión y manejo de los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros de la Entidad, proyectándolos en una gestión de largo plazo que coadyuvan a la institución a lograr su sostenibilidad, crecimiento y orientación social.

2. METODOLOGIA

La metodología adoptada por la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán Socorro, comprendió un proceso de recopilación de datos financieros, de mercadeo, procesos y desarrollo organizacional que permitió definir los objetivos estratégicos de la institución, las metas anuales y formular la plataforma estratégica que permitirá alcanzar el logro de la Visión institucional, por medio del cumplimiento de su misión básica.

Alineamiento con la Resolución 473 de 2008

La **Gerencia** atendiendo lo previsto en la Resolución 473 de 2008 alineó los resultados obtenidos con los ámbitos de gestión establecidos, a saber:

- 1. Gestión directiva y estratégica.** Son las derivadas de la función diferenciadora de la dirección y gerencia, se caracterizan porque a través de ellas se operacionaliza y se ejecuta directamente la misión institucional.

Se materializan con el seguimiento al desarrollo estratégico de la entidad, el análisis financiero, operacional y presupuestal de la misma y con el seguimiento al comportamiento en el mercado de la prestación de servicios de salud, la aplicación del Sistema de Control Interno y la garantía de una adecuada unidad de intereses de la

entidad. La gestión directiva y estratégica se encuentra alineada con las perspectivas Financiera, de Usuarios y Mercado y de Desarrollo.

2. Prestación de Servicios de Salud. Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutive de cada entidad.

Se materializan con el seguimiento a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con enfoque en seguridad al paciente y con el desarrollo, en lo pertinente, de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

La Prestación de los servicios de salud se encuentra alineada con la perspectiva de procesos.

3. Gestión Administrativa. Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.

1.1 MARCO LEGAL DEL HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN

En uso de sus facultades legales, en especial las que le confiere los numerales 1 y 8 del artículo 305 de la Constitución Política y en uso de las facultades extraordinarias conferidas en la Ordenanza 032 del 29 de octubre de 2007, crea mediante DECRETO No. 00436 de 2007 la ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO.

El objeto de la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán - E.S.E, será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio

público a cargo del Departamento y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud.

1.2 PRINCIPIOS BASICOS

1. **CALIDAD**, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua de acuerdo con estándares aceptados sobre procedimientos científico técnicos y administrativos y mediante la utilización de la tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia.
2. **EFICIENCIA**, definida como la mejor utilización de los recursos, técnicos, materiales, humanos y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población atendida.

1.3 FINES DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN

1. Producir y prestar servicios de baja, mediana y alta complejidad, operando como centro de referencia y contrarreferencia de la red de Hospitales del Departamento, de conformidad con las necesidades de salud identificadas en el perfil epidemiológico de la población del Departamento de Santander.
2. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado la rentabilidad social y sostenibilidad financiera de la ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO.
3. Garantizar, en su campo de acción los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

4. Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas del mercado.

MISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro, Santander prestadora de servicios de Salud de I. II y III, nivel de complejidad, brinda servicios de protección específica, demanda inducida, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con calidad, oportunidad, responsabilidad acorde a las necesidades de la población, con Talento Humano calificado.

VISIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro, Santander creada mediante decreto Departamental 0436 del 12 de Diciembre de 2007; será en el 2013 líder en la prestación de servicios integrales de salud de baja, mediana y alta complejidad a nivel Departamental en el marco general de la Seguridad Social en Salud, fundamentado en un talento humano calificado, solidez financiera y tecnología de punta buscando el desarrollo y bienestar del cliente interno y externo basados en el apoyo mutuo para lograr un mejor servicio.

PRINCIPIOS

**Son principios dirigentes del personal de la ESE Hospital Regional
Manuela Beltrán del Socorro:**

1.1 Principio de Conveniencia:

La responsabilidad de los Empleados es de servir a la Organización de una Manera Armónica con la Constitución Política y con las normas de conducta, no sólo para el logro de sus objetivos, sino también para toda la Organización en General.

1.2 Principio de Integridad:

Los Empleados deben estar comprometidos a la congruencia entre su conocimiento y la finalidad de la organización formando un todo armónico entre el ser humano que lo ejerce, el saber que aplica y la misión de la Entidad a la cual presta sus servicios. Para tal efecto los empleados deben tener en cuenta los siguientes valores:

- ❖ Desempeñar su trabajo con honestidad, diligencia y responsabilidad
- ❖ Respetar las Leyes
- ❖ Divulgar lo que corresponde de acuerdo con la Ley y la Profesión
- ❖ Respetar y contribuir a los objetivos legítimos y Éticos de la Organización

1.3 Principio de la Objetividad:

Los informes y opiniones estarán fundamentados en evidencias confiables competentes pertinentes y relevantes.

1.4 Principio de la Confidencialidad:

Los Empleados deberán respetar el valor y la propiedad de la información que reciben y no divulgar esta sin la debida autorización a menos que exista una obligación legal o Profesional para hacerlo.

Para su cumplimiento, los Empleados deberán:

- ❖ Ser prudentes en el uso y protección de la información adquirida en el transcurso de su trabajo.

- ❖ No utilizar la información para su lucro personal o de alguna manera que sea contraria a la ley o vaya en detrimento de los objetivos legítimos y éticos de la Organización.

1.5 Principio de la Competencia:

Los empleados de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro aplicaran el conocimiento, actitudes y experiencia necesarios en el desempeño de sus funciones; con su único e ineludible compromiso a la defensa de los intereses de la Institución y de la comunidad a la cual, presta sus servicios, por ello se debe tener la suficiente competencia, capacidad y profesionalismo para que le permita presentar informes objetivos, imparciales y relejados de prejuicios que puedan condicionar su ejercicio.

1.6 Principio de Imparcialidad:

Las acciones, conceptos, recomendaciones, y evaluaciones que se realizan en la diferentes Secretarías deben de estar inspiradas y fundamentadas en conocimientos técnicos, sin tener en cuenta ninguna consideración personal o subjetiva que sacrifique la calidad y consecución de los objetivos previstos.

1.7 Principio de Publicidad:

Todos los actos procedimientos y documentación pueden ser conocidos públicamente, siempre y cuando dicha información no goce de reserva legal o el suministro de la misma no vaya en contra del principio de confidencialidad de la información. Para ello los empleados al emitir un concepto u opinión, deben contar con evidencias claras y suficientes para garantizar dicha emisión.

Los Empleados deben ser prudentes en la utilización de la información adquirida en el curso de su trabajo. No deben utilizar la información confidencial en beneficio propio o que vaya en detrimento de los intereses de la ESE Hospital regional Manuela Beltrán del Socorro.

1.8 Principio de Transparencia:

Los Empleados deben observar un riguroso cumplimiento en todos sus deberes laborales como servidores de la ESE.

Los empleados no deben utilizar su influencia para inducir tratamiento preferencial a proveedores, Contratistas, y otros.

▪ VALORES

Los valores son los principios normativos que presiden y regulan el comportamiento de las personas ante cualquier situación y estos ejercen una fuerte influencia en las actitudes de las personas.

En este sentido los valores que identifican a los funcionarios de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro y que fueron socializados son los siguientes:

- **HONESTIDAD**

La honestidad es la virtud que se refleja en la dignidad, la pulcritud, en el pensar y en el obrar. La honestidad debe ser practicada en las diversas actividades del servidor público, no buscando obtener algún provecho o ventaja personal o a favor de terceros, ni tampoco buscando o aceptando compensaciones, que pueda comprometer su desempeño como funcionario del Hospital Regional Manuela Beltrán.

- **RESPONSABILIDAD:**

En asumir y hacerse cargo de sus actos y omisiones en el ejercicio de sus funciones.

Cada uno de los miembros del Hospital Regional Manuela Beltrán, se compromete en el manejo eficiente de sus recursos, para el cumplimiento de sus objetivos institucionales, de manera que se cumplan con excelencia y calidad las metas del Plan Institucional.

- **SOLIDARIDAD:**

La cooperación y ayuda mutua nos une para ser SOLIDARIOS con la comunidad y nuestros compañeros. No podemos trabajar aislados ni desunidos ya que todos somos responsables del Desarrollo del Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro.

- **LEALTAD:**

El funcionario del Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro debe ser leal a la Institución, debe ser fiel a los principios éticos y al cumplimiento de sus fines con plena conciencia de servicio a la comunidad

▪ **DIGNIDAD Y RESPETO:**

El servidor del Hospital Regional Manuela Beltrán, debe ser justo, cuidadoso, respetuoso, amable, culto y considerado, en su relación con los usuarios, con sus jefes, y con sus compañeros. Debe comprender que su condición de empleado institucional implica asumir la más alta y delicada responsabilidad que le encarga la institución para el servicio de la comunidad.

▪ **COLABORACION:**

Ante situaciones extraordinarias, el funcionario público debe realizar aquellas tareas que por su naturaleza o modalidad no sean las estrictamente inherentes a su cargo, siempre que ellas resulten necesarias para mitigar neutralizar o superar las dificultades que se enfrenten.

Otros valores que caracterizan a los funcionarios son:

- Amabilidad
- Sencillez
- Compañerismo
- Caballerosidad
- Trabajador
- Inteligencia
- Servicio
- Puntualidad
- Alegría
- Cumplimiento
- Sinceridad
- Ordenado
- Correcto
- Seriedad

- Nobleza
- Cariñoso
- Simpatía
- Dedicación
- Diplomacia
- Activo
- Comprensión
- Detallista
- Atento
- Honradez
- Entregado

POLITICAS ETICAS CON LOS DIRECTIVOS

Los Jefes de dependencia del Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro ejercerán un efectivo y visible liderazgo ético dentro y fuera de la Institución promoviendo una cultura de principios éticos.

Evaluarán permanentemente y públicamente el nivel de cumplimiento del Plan Institucional y de los principios éticos asumidos.

Manejarán de forma eficiente los recursos, racionalizando el gasto en detalle y priorizando las necesidades tanto del cliente Interno como Externo.

COLABORADORES

Se construirán estrategias para que en la relación entre directivos y colaboradores, el diálogo respetuoso sea el eje de la nueva cultura organizacional. En esta cultura se debe garantizar el acuerdo, la libertad de opinión y el debido proceso.

Se establecerán canales de comunicación transparentes, de manera que los funcionarios puedan expresar sus opiniones sin temores, y se genere un clima de cooperación y de confianza.

CONTRATISTA

Todos los procesos de contratación que llevará a cabo el Hospital Regional, Manuela Beltrán del Socorro se ceñirán a los principios de selección objetiva e igualdad de oportunidades, teniendo como propósito la conveniencia y favorabilidad para la comunidad.

Se implementarán acciones que eviten cualquier práctica de fragmentación de los contratos.

Se establecerán criterios públicos para que la evaluación de las propuestas ofrecidas en las licitaciones sea en beneficio de la Entidad.

POLITICAS ETICAS CON LOS FUNCIONARIOS

Cumplirán con el deber de hacer el mejor manejo de los recursos públicos, para el logro de los fines y metas del Plan Institucional.

Utilizarán los bienes que le fueron asignados a cada funcionario para el ejercicio de sus funciones de manera racional, evitando uso particular, su abuso, derroche o aprovechamiento.

Cumplirán los acuerdos y compromisos adquiridos garantizando una gestión bien desempeñada bajo el principio de equidad para con todos los funcionarios.

POLÍTICAS ÉTICAS CON OTRAS INSTITUCIONES

En busca de un fortalecimiento del trabajo con otras instituciones, que permita consolidar y ampliar los resultados de los programas implementados en el Hospital Regional Manuela Beltrán tendrá como políticas:

- Coordinar permanentemente con las autoridades Departamentales y Municipales la ejecución y el manejo eficiente de los convenios que se establezcan, logrando beneficios de interés común.

PERSPECTIVA DE LOS CLIENTES

Como única institución de III nivel en la región la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán es centro de referencia para las provincias COMUNERA, GUANENTINA Y VELEÑA con una población total de 421.386 habitantes distribuida así:

- **PROVINCIA COMUNERA 94.807 HABITANTES:** Distribuidos en los municipios de: Chima, Confines, Contratación, Guacamayo, Galán, Gambita, Guadalupe, Guapotá, El Hato, Oiba, El Palmar, Palmas, Simacota, Suaita y Socorro.
- **PROVINCIA GUANENTINA 157.499 HABITANTES:** Distribuidos en los municipios de: Aratoca, Barichara, Cabrera, Cepita, Coromoro, Curiti, Charalá, Encino, Jordan, Mogotes, Ocamonte, Onzaga, Paramo, Pinchote, San Gil, San Joaquin, Valle de San José y Villanueva.
- **PROVINCIA VELEÑA 169.130 HABITANTES:** Distribuidos en los municipios de: Albania, Aguada, Barbosa, Bolivar, Chipata, El Peñón, Florian, Guavata, Guepsa, Jesús Maria, La Belleza, La Paz, Puente Nacional, Sucre y Vélez.

GESTION ADMINISTRATIVA

PLAN DE DE GESTIÓN

Matriz de Definición de Objetivos Estratégicos

Institución	E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	Objetivo	Identificar y concentrar acciones y recursos en los logros más importantes necesarios para alcanzar la visión de largo plazo de la E.S.E.
Fecha de Análisis	FEBRERO DE 2009		

Variable Estratégica	Área de fijación de Objetivos	Situación Actual	Situación deseada
¿En dónde voy a focalizar los esfuerzos para el desarrollo de la E.S.E.?	¿En qué áreas específicas fijaré los objetivos de la E.S.E. para los próximos tres (3) años?	¿Cómo se encuentra la E.S.E. HOY en el área de fijación de objetivos?	¿Qué deseo lograr para la E.S.E. en cuatro (4) años?
TALENTO HUMANO	SELECCIÓN DE PERSONAL. PLAN DE CAPACITACION. BIENESTAR SOCIAL	EXISTE MANUAL DE FUNCIONES NO EXISTE PLAN DE SELECCIÓN DE PERSONAL EN IMPLEMENTACION EL PLAN DE INCENTIVOS EN IMPLEMENTACION PLAN DE CAPACITACION EN IMPLEMENTACION EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	SELECCIONAR PERSONAL ACORDE CON LOS PERFILES Y NECESIDADES. TENER PERSONAL IDONEO Y COMPETENTE PERSONAL INCENTIVADO, MOTIVADO Y CAPACITADO.

<p>TECNOLOGIA E INFRAESTRUCTURA</p> <p>TECNOLOGIA E INFRAESTRUCTURA</p>	<p>MANTENIMIENTO, RENOVACION Y ADQUISICION DE EQUIPOS BIOMEDICOS Y DE CÓMPUTO.</p> <p>SISTEMATIZACION ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL</p> <p>AMPLIACION Y REMODELACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS</p> <p>ADECUACION DE LA PLANTA FISICA</p> <p>AMBULANCIAS</p>	<p>EXISTE PLAN DE MANTENIMIENTO GENERAL,</p> <p>COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS</p> <p>EQUIPOS DE CÓMPUTO OBSOLETOS Y NO EQUIPADAS.</p> <p>NO SE ENCUENTRA SISTEMATIZADAS LAS HISTORIAS CLINICAS. NI EN RED CON LA PARTE ADMINISTRATIVA</p> <p>SE ESTA REALIZANDO MANTENIMIENTO EN LAS AREAS DE URGENCIAS, CIRUGIA Y GINECOOBSTETRICIA</p> <p>ADECUACION DE HABITACIONES VIP.</p> <p>SE GESTIONARON RECURSOS PARA LA ADQUISICION DE AMBULANCIA MEDICALIZADA</p>	<p>MANTENER EQUIPOS BIOMEDICOS ACTUALIZADOS Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES.</p> <p>SISTEMATIZAR LAS HISTORIAS CLINICAS Y LLEVAR UN MEJOR CONTROL POR MEDIO DE LA RED ENTRE LAS AREAS DE FACTURACION Y CONTABILIDAD CON LAS DEMAS DEPENDENCIAS.</p> <p>REMODELACION, AMPLIACION Y ADECUACION DEL AREA DE URGENCIAS.</p> <p>PLANTA FISICA EN BUEN ESTADO PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS</p> <p>GESTIONAR RECURSOS PARA ADQUIRIR UNA AMBULANCIA MEDICALIZADA.</p>
<p>CALIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS</p>	<p>CERTIFICACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD</p>	<p>LOS SERVICIOS DE SALUD ESTAN HABILITADOS ANTE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL</p> <p>LOS SERVICIOS HABILITADOS TODOS FUNCIONANTES</p>	<p>QUE TODOS LOS SERVICIOS DEL PORTAFOLIO DE LA E.S.E ESTEN CERTIFICADOS.</p>
<p>GESTION DE COSTOS</p>	<p>TENER UN ADECUADO SISTEMAS DE COSTOS</p>	<p>NO EXISTE UN MANUAL DE SISTEMA DE COSTOS.</p>	<p>IMPLEMENTAR UN ADECUADO SISTEMA DE COSTOS</p>

Variable Estratégica	Área de fijación de Objetivos	Situación Actual	Situación deseada
SALUD PÚBLICA	COBERTURA DE PYP. CREAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE	COBERTURA ACTUALES DEL 100% SALUD PUBLICA SOCORRO COBERTURA VACUNAS 42% COBERTURA P Y P ACTUAL 40%	COBERTURA SALUD PUBLICA DEL 100% COBERTURAS UTILES DE VACUNACION (95%) COBERTURA PROMOCION Y PREVENCIÓN 70%
FLUJO DE CAJA	RECAUDO DE CARTERA PLANIFICACION DE PAGOS	CARTERA MENOR A 60 DIAS 44.2% CARTERA DE 61 A 90 DÍAS 11.7% CARTERA ENTRE 91 Y 180 DIAS 25.5% CARTERA DESPUES DE 181 DIAS 13.3% RESOLUCION 217 SOBRE RECAUDO DE CARTERA	QUE LOS CLIENTES CANCELEN OPORTUNAMENTE TENER LIQUIDEZ PARA CUMPLIR CON LOS COMPROMISOS. DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 217
ATENCION A USARIOS	MEJORAR EL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS	ESTUDIO MENSUAL CON EL 93% DE SATISFACCION SOBRE EL TOTAL DE LA POBLACION ATENDIDA NO HAY UNA PERSONA ENCARGADA DEL SIAU, LA CUAL JUNTO CON CALIDAD ESTAN ELABORANDO LOS PROCESOS	REDUCIR LAS QUEJAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD REALIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCION CON UNA MUESTRA ACORDE CON EL NUMERO DE POBLACION ATENDIDA. CONTAR CON UNA PERSONA ENCARGADA DEL SIAU.

Cuadro No. 6. Matriz de definición de Objetivos estratégicos. Plan de Gestión E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán⁵

⁵ Gerencia y Oficina de Calidad Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel. Socorro

CONCLUSIONES

- Según la investigación realizada se puede determinar qué alto grado de la población que asiste al área de consulta externa del Hospital Regional Manuela Beltrán no conocen que es el plan obligatorio de salud aunque se beneficien de él.
- Se deben implementar estrategias para generar educación de los usuarios por parte de las Alcaldías y Eps y de esta manera optimizar la utilización de los recursos para el desarrollo del plan obligatorio de salud.
- Los usuarios acuden al hospital solo en momentos de enfermedad y no cumplen con las citas de control requeridas.
- La población cree que aunque la infraestructura sea la adecuada, falta tecnología e implementos para optimizar la atención, pero el hospital no relaciona costo/beneficio y costo/efectividad.
- La población prefiere los servicios médicos de manera particular, debido al difícil acceso a estos en el hospital y a la información equivocada sobre las entidades públicas.
- Se espera con las reformas de la ley 100 de 1991 que la población pueda recibir los diferentes beneficios del plan obligatorio de salud y sobre todo que se puedan implementar capacitaciones y programas para que la comunidad conozca y utilice cada servicio al cual tienen derecho.
- Se debe crear un centro de información visible para el usuario, donde la persona encargada tenga el conocimiento para guiar y atenderlos según sus necesidades.

- Se deben establecer perfiles epidemiológicos que permitan identificar el por qué la ausencia de la utilización de los servicios.

BIBLIOGRAFIA

- Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, diciembre 23 de 1993.
- Jaramillo-Pérez I. El futuro de la salud en Colombia. Bogotá, FESCOL, 1994.
- Superintendencia de Subsidio Familiar. Circular a directores administrativos de cajas de compensación. Diciembre de 1994.
- Ministerio de Salud. Resolución 5261 de agosto 4 de 1994.
- Superintendencia Nacional de Salud. Circular 037 de 1994 a representantes legales, juntas directivas e instituciones interesadas en obtener la autorización y certificado de funcionamiento como entidades promotoras de salud.
- Ministerio de Salud. Decreto 1980 de 1995.
- Fundación Social. Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud. Sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social. Bogotá, 1995.
- Boletín de Prensa No 117-06, 07Diciembre/2006
- Herramientas de trabajo (Encuestas).
- Plan de Gestión Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel Socorro.