DECRETO 1664 DE 1994

(agosto 1º)

por el cual se definen los gastos en salud financiables con las participaciones de inversión social y el situado fiscal de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1298 de 1994 y la Ley 60 de 1993, y se dictan otras disposiciones

Nota: Aclarado por el Decreto 1614 de 1995.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las atribuciones que le confieren el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y,

CONSIDERANDO:

1. Que la Ley 60 de 1993 determinó la destinación de los recursos del situado fiscal, conforme a lo dispuesto por el artículo 356 de la Constitución Política;

2. Que las leyes 60 de 1993 y el Decreto ley 1298 de 1994, determinaron la destinación de los recursos de las participaciones de inversión social, conforme a lo dispuesto en el artículo 357 de la Constitución Política;

3. Que conforme a los artículos 135 y 136 del Decreto ley 1298 de 1994, se precisaron algunas fuentes de financiación para la salud, en particular las relativas al arbitrio de los monopolios de los nuevos juegos de suerte y azar distintos de las loterías y el Chance, y se reformaron parcialmente las competencias para el ejercicio del monopolio de las rifas menores;

4. Que las precitadas disposiciones determinaron nuevos conceptos de gasto público a los que las entidades territoriales deberán asignar los recursos de destinación especial para salud;

5. Que corresponde al Gobierno Nacional definir el alcance de tales conceptos de gasto para garantizar la adecuada financiación del servicio público de salud;

6. Que conforme a lo dispuesto por la Ley 60 de 1993 y el Decreto ley 1298 de 1994, corresponde a la nación y al Gobierno Nacional, establecer las prioridades de política y asignación de recursos;

DECRETA:

Artículo 1º. Campo de aplicación. El presente decreto precisa los conceptos de gasto financiables con los recursos fiscales que reciben los departamentos, distritos y municipios por los siguientes conceptos:

a) El 10 % de las participaciones municipales de forzosa inversión social según las reglas de destinación fijadas para salud por el numeral 2º del artículo 21 de la Ley 60 de 1993, con excepción de los subsidios de demanda.

b) El 15 % de las participaciones municipales de forzosa inversión social según las reglas de destinación fijadas en la letra a) del artículo 152 del Decreto ley 1298 de 1994, correspondiente a la financiación del régimen subsidiado.

c) Las participaciones de libre destinación señaladas en el parágrafo del artículo 22 de la Ley 60 de 1993, qué municipios y distritos asignen a salud.

d) El 10% de las participaciones de forzosa inversión social asignados para los años comprendidos entre 1994 y 1997 en conforme a lo dispuesto en el artículo 128 del Decreto ley 1298 de 1994.

e) El producto o utilidad resultante de la explotación de todas las modalidades de juegos de suerte y azar, diferentes a las loterías y apuestas existentes, en los términos previstos por

la Ley 60 de 1993, el artículo 136 del Decreto ley 1298 de 1994 y el Decreto 530 de del mismo año.

f) El situado fiscal de salud asignado al primer nivel de atención según los artículos 10, 11 y 13 de la Ley 60 de 1993;

g) El situado fiscal y las rentas cedidas de los departamentos que se requieran para financiar al menos las intervenciones del segundo y tercer nivel del Plan de Salud de los afiliados al régimen subsidiado de la seguridad social en salud según lo previsto en la letra c) del artículo 152 del Decreto ley 1298 de 1994.

Artículo 2º. Principio de interpretación. Lo dispuesto en el presente Decreto sobre el sistema de subsidios a la oferta, se entenderá para todos los efectos, sin perjuicio de la obligación de las entidades territoriales en establecer un programa de sustitución de los subsidios a la oferta por los subsidios a la demanda, en un período máximo de cinco (5) años, y conforme a lo que sobre el particular establezca el reglamento.

En consecuencia, deberá evitarse en todo momento la duplicación del gasto y exigirse a la población con capacidad de pago contribuciones, en forma de cotizaciones periódicas o cuotas de recuperación, para la cofinanciación de los subsidios a los servicios no incluidos en los conceptos de salud pública y servicios básicos, en los términos previstos en el sistema de subsidios y del régimen subsidiado, en salud.

Artículo 3º. Definiciones. Son conceptos de gasto en salud, de conformidad con las disposiciones legales, los siguientes:

a) Atención básica. La atención básica está constituída por los programas y proyectos de salud pública y de servicios básicos dirigidos al conjunto de la población o, a los individuos, pero que tienen altas externalidades, que ejecuta el municipio, directamente o por contratación con terceros, con sus recursos o en concurrencia con otros niveles territoriales

y la nación.

Conforme a lo aquí dispuesto, corresponde al Ministerio de Salud definir el plan de atención básica que complementará las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de que trata de que trata el Decreto ley 1298 de 1994.

b) Subsidios a la demanda para servicios asistenciales a las personas. Los subsidios a la demanda para la atención de las personas en servicios asistenciales de salud son los recursos de origen fiscal, o de solidaridad procedentes del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aplicados para garantizar la atención de los afiliados al régimen subsidiado del mencionado Sistema en los términos que lo establecen las disposiciones legales, los reglamentos y el presente decreto.

c) Subsidios a la oferta para servicios asistenciales de atención a las personas. Son subsidios a la oferta para la atención de las personas en servicios asistenciales los recursos de origen fiscal destinadas a financiar los costos no cubiertos a través de los pagos directos o indirectos de los usuarios y canalizados a través de la financiación de la oferta de servicios prestados por las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones de Prestación de Servicios, adscritas a las entidades territoriales. Los subsidios a la oferta se computan en los mismos presupuestos de las entidades y están presupuestados como parte de los recursos ordinarios de las Instituciones de Prestación correspondientes.

d) Desarrollo de la infraestructura de prestación de servicios. Los recursos de origen fiscal para el desarrollo de la infraestructura de prestación de servicios de salud están orientados a fortalecer la capacidad de las dependencias y entidades públicas para la prestación de servicios de atención básica o de atención personal en salud.

Parágrafo transitorio. De conformidad con las disposiciones legales sobre la materia, el Ministerio de Salud adoptará el plan de salud básica en concordancia con el plan obligatorio de salud.

Artículo 4º. Atención básica. Para garantizar la salud pública y los servicios básicos de toda la población se deberá asignar al menos el 10 % del situado fiscal de salud al fomento y prevención según lo establecido en el parágrafo 1º del artículo 10 de la Ley 60 de 1993, y los demás recursos de inversión forzosa para salud que se determinen por los municipios, en consideración a las prioridades de que trata el presente Decreto.

Los conceptos de gasto de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como el carácter y las reglas de operación del fondo de administración de tales recursos, son los definidos en el decreto correspondiente.

Artículo 5º. Subsidios a la demanda por prestación de servicios asistenciales a las personas. Los subsidios a la demanda de servicios asistenciales de salud de los beneficiarios del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se financiarán en la siguiente forma:

a) En una proporción como mínimo, igual a 15 puntos de la transferencia para inversión social de los municipios de que trata el numeral 2º del artículo 22 de la Ley 60 de 1993, y la letra a) del artículo 152 del Decreto ley 1298 de 1994;

b) Los recursos del situado fiscal y las rentas cedidas según el régimen de transición previsto en la letra c) del artículo 152 y los artículos 87 y 704 del Decreto ley 1298 de 1994; y,

c) Los recursos del primer nivel que se destinen a la educación sexual y a la atención materno infantil según lo previsto por el artículo 53 del Decreto ley 1298 de 1994 y el presente Decreto.

Parágrafo. No se podrán ejecutar en ningún caso subsidios a la demanda con aportes de recursos fiscales a las personas privadas o a las entidades públicas que no estén debidamente focalizados y amparados por el régimen contractual respectivo, en los términos del reglamento sobre la materia.

Artículo 6º. Sistema de ejecución de los subsidios. Sin perjuicio de las demás disposiciones legales del régimen subsidiado de la Seguridad Social en Salud y en especial de las disposiciones contractuales aplicables en cada caso, la ejecución de los subsidios por parte de las entidades territoriales considerará las siguientes modalidades:

1. El Sistema de Unidades de Pago del Subsidio por Capitación, USC, que canalizará los aportes para la protección de la salud de los afiliados al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se convengan con las Entidades Promotoras de Salud, conforme al reglamento.

Especial atención recibirán las Entidades Promotoras de Salud definidas como de carácter comunitario, tales como las empresas solidarias de salud y las establecidas por parte de las comunidades indígenas.

2. La contratación directa o los convenios interadministrativos, según se trate de entidades particulares, mixtas o Empresas Sociales del Estado, efectuada por las entidades territoriales competentes con las Instituciones de Prestación de Servicios de Salud para la prestación de servicios de segundo y tercer nivel de atención y con los cuales se deberá garantizar el régimen de prelación en la atención de los afiliados al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud que sean atendidos de urgencia o referidos por las Entidades Promotoras de Salud o las Instituciones de Prestación de Servicios del primer nivel. Para la celebración de estos contratos o convenios podrán concurrir administrativa y financieramente los municipios.

3. Los contratos de reaseguros con entidades públicas, privadas o mixtas para cubrir riesgos de alto costo en urgencias, hospitalización y cirugía en beneficio de la población afiliada al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sea atendida de urgencias o referida por las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones de Prestación de Servicios del primer nivel de atención. Para su financiación deberán concurrir las

entidades territoriales competentes.

4. Canalización de transferencias y aportes. Los municipios solo podrán hacer transferencias para financiar los subsidios a la oferta de las Instituciones de Prestación de Servicios de naturaleza pública municipal que estén bajo su administración, sin perjuicio de lo dispuesto en el Decreto ley 1298 de 1994 y en las disposiciones orgánicas de presupuesto respecto del régimen de las Empresas Sociales del Estado. En los demás casos cuando las Instituciones de Prestación de Servicios pertenezcan a otra entidad territorial, o sean de carácter mixto y privado, los recursos de salud se ejecutarán mediante contratos o convenios de compraventa de servicios según las normas de contratación aplicables, o mediante los aportes pactados para las entidades asociadas, si fuere el caso y de ella participare el municipio aportante.

Artículo 7º. Subsidios a la oferta para servicios asistenciales de atención a las personas. Para subsidiar parcialmente y en forma complementaria la oferta de servicios de salud, focalizados hacia la población pobre, o perteneciente a grupos vulnerables, que están afiliados al régimen subsidiado o vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud se emplearán prioritariamente los recursos del situado fiscal y las participaciones municipales de inversión forzosa al sector salud. También se destinará situado fiscal asignado al primer nivel de atención para la educación sexual y la atención materno infantil.

Artículo 8º. Focalización de los subsidios de oferta. Los servicios de las Instituciones de Prestación de Servicios que reciben recursos por transferencias o convenios, provenientes de los fondos municipales, distritales y departamentales de salud deberán ser focalizados hacia la población más pobre y grupos vulnerables, conforme a lo dispuesto en en el Decreto ley 1298 de 1994 en el siguiente orden de prioridades:

1. A la población que demande atención de urgencias.

2. A la población afiliada al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud que sea referida por las Entidades Promotoras de Salud y demás Instituciones de Prestación de Servicios de Salud del primer nivel de atención.

3. A la población vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud que sea referida por las Instituciones de Prestación de Servicios de Salud del primer nivel de atención.

Artículo 9º. Desarrollo de la infraestructura de prestación de servicios. Para garantizar el desarrollo de la infraestructura de servicios de los sistemas municipales de salud se emplearán especialmente los recursos procedentes, en el período 1994-1997, de los diez (10) puntos de las transferencias municipales para inversión social destinadas a la construcción de la infraestructura de servicios y los demás conceptos de ley. Adicionalmente para garantizar el mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria se deberá destinar al menos el 5% del presupuesto de funcionamiento asignado para el caso de los hospitales públicos, y de los privados cuando estos reciben del sector público al menos el 30% de sus recursos.

Los diez (10) puntos de las participaciones municipales para inversión en forma permanente, asignados en el numeral 2º del artículo 21 de la Ley 60 de 1993, exceptuando el pago de subsidios, darán prioridad a fortalecer la prestación de servicios y la dotación de las Empresas Sociales del estado y demás entidades públicas de salud, si fuere el caso, a cargo de los municipios, y solo podrán destinarse a otros objetivos de salud, previa certificación de la Dirección Seccional de Salud sobre la suficiencia en la infraestructura de servicios y la dotación disponible según lo previsto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Son conceptos de gasto financiables con estos recursos:

1. La creación y desarrollo del sistema de información epidemiológica, SIS, y del sistema de información y clasificación socio-económica que permita seleccionar los beneficiarios de los subsidios en salud, SISBEN, conforme al reglamento sobre la materia y a las orientaciones del Conpes de política social.

2. La creación y desarrollo del ordenamiento legal, técnico, administrativo y financiero de los sistemas municipales de salud, en sus gastos específicos de asesoría, consultoría, capacitación, y divulgación, orientados a implementar el proceso de descentralización y de conformidad con el plan de descentralización respectivo, de que trata la Ley 60 de 1993 y el Conpes social sobre la materia.

3. La creación y desarrollo de los sistemas de participación comunitaria, la creación de las Empresas Solidarias de Salud y demás formas de gestión social de la salud, en cuanto hace relación al apoyo para su promoción, conformación y diseño institucional.

4. El fortalecimiento y desarrollo de la infraestructura física de salud propiedad del municipio o que esté adscrita a éste para su administración, en construcción, ampliación o remodelación, dotación y mantenimiento de puestos, centros de salud, hospitales de primer nivel de atención y centros de bienestar del anciano, incluyendo estudios de preinversión e inversión.

5. El fortalecimiento y desarrollo de la infraestructura física de los hospitales de segundo y tercer nivel cuando estos servicios y las Instituciones de Prestación de Servicios que los prestan hayan sido recibidas y estén formalmente a cargo del municipio, o mediante convenios y contratos que garanticen su utilización cuando se trate de Instituciones de Prestación de Servicios departamentales o de otros municipios.

6. El fortalecimiento de la capacidad técnica y profesional de los recursos humanos en las áreas de administración y gerencia en salud, economía de la salud y epidemiología, medicina familiar, obstétrica e interna y las que autorice el Ministerio de Salud. Los funcionarios beneficiarios de estos programas deberán garantizar a los municipios las contraprestaciones que señalen los reglamentos.

La estructura de la inversión pública y sus prioridades en materia de dotación básica y de personal son las establecidas en el artículo 89 del Decreto ley 1298 de 1994 y el presente decreto, en los términos en que lo determine el Ministerio de Salud, quien ejercerá el control técnico sobre dicha inversión, directamente o mediante autoridad delegada.

Artículo 10. Dirección, asesoría y control. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente decreto, para cubrir los gastos de dirección de los servicios de salud, asesoría y control se utilizarán principalmente los recursos propios del municipio o los señalados en el literal c) del artículo 1º de este decreto.

Artículo 11. Prioridades de los planes locales de salud. El valor total de los recursos municipales identificados en el artículo 1º se destinarán a las áreas de utilización de recursos de salud identificadas en el presente Decreto, en forma acorde a los planes locales de Salud que estén debidamente concertados con las direcciones seccionales de salud, al plan departamental de descentralización y al plan sectorial de salud, conforme al documento del Conpes social sobre la materia y a las orientaciones del Ministerio de Salud, y teniendo en cuenta las siguientes prioridades:

1. Para el gasto corriente:

Primera prioridad. Programas de atención básica: salud pública y servicios básicos, que garanticen la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud para toda la población, en forma directa o mediante contratación con terceros.

Segunda prioridad. Los subsidios a la demanda de los servicios asistenciales, son la forma exclusiva de garantizar servicios asistenciales de atención a las personas cuando el municipio no haya recibido formalmente las entidades y el personal de salud que deberá ser transferido por la dirección seccional de salud al municipio. Debe ser además en lo sucesivo la forma principal de ampliar coberturas evitando entre otras cosas crear cargas excesivas sobre las finanzas locales y exigiendo eficiencia en los prestadores de servicios. En los servicios asistenciales la educación sexual de la mujer y la atención materno infantil tienen prelación en los conceptos de gasto.

Tercera prioridad. Los subsidios a la oferta de servicios asistenciales de atención a las personas deberán ejecutarse dando prelación a la financiación de los hospitales que estén organizados como entidades públicas descentralizadas o Empresas Sociales de Salud asumidas y establecidas por el municipio. No obstante, cuando los municipios no hayan convenido con el Departamento respectivo la forma de recibir los servicios de salud deberán abstenerse de crear entidades o plantas de personal para prestar servicios asistenciales, a fin de evitar la dispersión y duplicación de esfuerzos y recursos y de observar los principios del servicio público de seguridad social en salud, conforme a lo dispuesto en el Decreto ley 1298 de 1994.

En los servicios asistenciales tendrán prelación las maternas y los niños menores de un año, de conformidad con el artículo 53 del Decreto 1298 de 1994 y demás disposiciones sobre la materia.

2. Para el gasto de inversión:

Primera prioridad. El desarrollo de la infraestructura de prestación de servicios de salud, especialmente la inversión en el diseño e implantación de los sistemas de información epidemiológica, SIS, el sistema de información sobre clasificación socio-económica para la

selección de beneficiarios de los subsidios, SISBEN, y la creación y fortalecimiento de los diversos mecanismos de participación comunitaria y gestión social de la salud. Cuando un municipio no haya recibido formalmente los servicios de salud deberá destinar con prioridad los recursos que sean necesarios para conseguir la adecuación institucional necesaria que le permita reordenar el sistema municipal de salud, sus Instituciones de Prestación de Servicios y sus Empresas Sociales del Estado en sus aspectos legales, técnicos, administrativos y financieros. También son prioritarios los programas de apoyo para la constitución de las Empresas Solidarias de Salud.

Segunda prioridad. El 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 veinticuatro (24) horas de centros de salud bien dotados. En el caso general tendrá prelación, la dotación de los hospitales a cargo del municipio. La asignación de recursos de mantenimiento tendrá prioridad sobre la dotación de nuevos equipos, y ésta a su vez tendrá prioridad sobre nuevas construcciones.

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 Ministerio de Salud. El Ministerio ejercerá el control técnico sobre la dotación de tales entidades, directamente o a través de una autoridad delegada.

Tercera prioridad. La adquisición de elementos de laboratorio de salud pública que permitan la vigilancia epidemiológica.

Así mismo, podrán destinarse recursos, sin perjuicio de las prioridades de que trata el presente artículo, a la capacitación de los profesionales de la salud a través de sistemas de información y educación continua, así como de educación de posgrado en las áreas

señaladas en este Decreto y en las áreas

autorizadas por el Ministerio de Salud.

Parágrafo 1º. En los casos de construcciones, dotaciones o mantenimiento de instalaciones de menor complejidad, los municipios o sus entidades descentralizadas, contratarán preferencialmente las respectivas actividades con las entidades de que trata el artículo 22 de la Ley 11 de 1986, y tendrán en cuenta la participación comunitaria y la veeduría ciudadana en la forma que establezcan la ley y los reglamentos.

Parágrafo 2º. Los planes y demás formalidades exigidas en el inciso 1º del presente artículo tendrán aplicación a partir de la vigencia fiscal de 1995.

Artículo 12. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 1º de agosto de 1994.

CESAR GAVIRIA TRUJILLO

El Viceministro de Hacienda y Crédito Público, encargado de las funciones del Despacho del Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Héctor José Cadena Clavijo

El Ministro de Salud,

Juan Luis Londoño de La Cuesta.