

DECRETO 1895 DE 1994

(agosto 3)

por el cual se reglamenta el Régimen Subsidiado de Sistema de Seguridad Social en Salud, contenido en el Decreto ley 1298 de 1994.

Nota 1: Derogado por el Decreto 2357 de 1995, artículo 21.

Nota 2: Aclarado por el Decreto 1627 de 1995.

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus facultades constitucionales, legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la [Constitución Política](#), y previa la aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

DECRETA:

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. Campo de aplicación. El presente Decreto contiene las disposiciones relativas a la creación, condiciones y forma de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS. Así mismo, determina los criterios para establecer, los beneficiarios del Régimen, el plan de beneficios, los mecanismos de financiación, y las reglas para la administración y gestión de los recursos del Régimen Subsidiado del SGSSS.

Artículo 2º. Régimen Subsidiado. De conformidad con lo establecido en el Decreto ley 1298 de 1994, el Régimen Subsidiado es el conjunto de normas que rigen la afiliación de los individuos y sus familiares al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal afiliación se hace a través del pago, total o parcial, de la Unidad de Pago por Capitación

financiada con recursos fiscales y de solidaridad según lo dispuesto en el presente Decreto. Así mismo incluye el conjunto de normas que regulan la operación del sistema.

Artículo 3º. Beneficiarios del Régimen Subsidiado. Son todos aquellos afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que no tienen capacidad de pago para cubrir total o parcialmente su cotización y que reciben subsidio para complementar el valor de la Unidad de Pago por Capitacion Subsidiada, definida en el presente Decreto.

De conformidad con lo preceptuado por el Decreto Ley 1298 de 1994, los beneficiarios del Régimen Subsidiado están conformados por toda la población pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana que se encuentren afiliados al Sistema, de conformidad con los criterios de focalización establecidos en este Decreto.

CAPITULO II

BENEFICIARIOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO Y SU CALIFICACION

Artículo 4º. Requisitos para la afiliación. Podrán solicitar su afiliación al Régimen Subsidiado, aquellas personas definidas en el artículo 3º de este Decreto que se encuentren clasificadas por el Sistema de Información para la Identificación de Beneficiarios de Subsidios, Sisben, como integrantes de los estratos 1 y 2.

Transitoriamente hasta el 1º de enero de 1996, en aquellos municipios que no cuenten con el Sisben, podrán solicitar su afiliación aquellas personas que:

1. Residan en áreas definidas oficialmente por las autoridades municipales como de estrato 1 y 2, o como residentes de las zonas rurales.
2. Personas cuya área de residencia no esté clasificada oficialmente por el municipio pero residen en municipios clasificados en las categorías 5 y 6 por la Ley 136 de 1994.

3. Personas localizadas geográficamente en municipios con NBI superior al 60% o que presenten concentraciones de más de diez mil (10.000) personas pobres.

4. Las madres comunitarias.

Parágrafo. Las direcciones seccionales, distritales o locales de salud deberán impulsar el desarrollo del sistema de focalización requerido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual deberá ser administrado por el departamento, distrito o municipio, según el caso

Artículo 5º. Pérdida de la calidad de afiliado. La calidad de afiliado al Régimen Subsidiado se pierde por una cualquiera de las siguientes causas:

1. Cuando se cumplen los requisitos para pertenecer al Régimen Contributivo, definidos en el Decreto ley 1298 y sus decretos reglamentarios.
2. Por renuncia voluntaria del afiliado que desea trasladarse al Régimen Contributivo.
3. Por interrupción del pago de los aportes obligatorios por más de tres (3) meses cuando ello sea aplicable, sin que medie explicación satisfactoria a criterio de la autoridad calificadora de que trata el artículo 7º del presente Decreto.

Artículo 6º. Prelación para recibir el subsidio. En consideración a su situación y a lo dispuesto en la [Constitución Política](#), tendrán prelación para recibir el subsidio las personas o grupos de personas pertenecientes a la población más pobre y vulnerable, de conformidad con lo establecido en el Decreto ley 1298 de 1994.

Parágrafo. En todo caso tendrán prelación tanto para recibir el subsidio como para efectos de la expansión gradual del plan en cuanto a número de personas cubiertas y en cuanto a convergencia con el POS del Régimen Contributivo, las mujeres durante el embarazo, parto,

posparto y período de lactancia; los niños menores de un año; las madres comunitarias; y las madres cabeza de familia.

Artículo 7º. Autoridad calificadora Corresponde a las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud de los departamentos, distritos y municipios calificar como beneficiarios del Régimen Subsidiado a aquellas personas que se inscriban para el efecto y que cumplan con los requisitos establecidos en la ley y en el presente Decreto.

Para efectos de calificar a una persona como beneficiario del Régimen Subsidiado, las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud de los departamentos, distritos y municipios, utilizarán el Sistema de Focalización de los Subsidios de que trata el presente Decreto.

En aquellos departamentos, municipios y distritos en que no se hayan conformado las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud, la calificación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado le corresponderá al jefe de la administración departamental, municipal o distrital .

Para efectos de calificar a una persona como beneficiario del Régimen Subsidiado, los departamentos, municipios y distritos, utilizarán el Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Subsidios, Sisben. Las autoridades locales, seccionales o distritales podrán delegar transitoriamente, mientras se organiza el Sisben y se otorga un carnet a los beneficiarios, la facultad de calificar a la población en los directores de las unidades de prestación de servicios del primer nivel de atención, cuando no exista la Dirección local, Seccional o Distrital de Salud.

CAPITULO III

PLANES DE BENEFICIOS

Artículo 8º. Etapa inicial y expansión del Régimen Subsidiado. En su etapa inicial el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud prestará dos planes de beneficios: El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POSS y el Plan de Atención Materno Infantil, PAMI.

Con el objeto de lograr una expansión gradual del POSS, las personas a las cuales se dirige el PAMI podrán afiliar sus grupos familiares al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, al año siguiente de su afiliación al PAMI.

Artículo 9º. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POSS. A partir del año 2001, los afiliados del Régimen Subsidiado tendrán derecho a los beneficios del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo-POS-de que trata el artículo 49 del Decreto Ley 1298 de 1994, con excepción de las prestaciones económicas en él contenidas.

Durante la transición los afiliados subsidiados recibirán el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POSS. En su punto de partida el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado incluirá servicios de salud del primer nivel de atención por un valor equivalente al cincuenta por ciento (50%) de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, del Régimen Contributivo.

El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado se mantendrá en el nivel señalado en su punto de partida durante el término de dos (2) años contados a partir de la vigencia del presente Decreto. A partir del tercer año se incorporarán al POSS en forma integral, el conjunto de intervenciones de mayor costo que sean asegurables en el Régimen Contributivo. Entre los años 1998 y 2001 se incorporarán al POSS las intervenciones asociadas con el segundo y tercer nivel de atención. La inclusión de nuevas intervenciones y servicios al POSS será determinada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su aporte a los años de vida saludable de la población.

Artículo 10. Características del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POSS. Son características fundamentales del POSS la cobertura familiar, la atención integral y la

prestación de servicios por parte de equipos interdisciplinarios ligados a la actividad comunitaria.

Artículo 11. Contenido del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POSS. La cobertura de riesgos y los servicios a que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado en la etapa inicial de funcionamiento del Sistema son los siguientes:

1. Educación y promoción de la salud El POSS aplicará en forma continua, programas de educación y promoción de la salud para todos los afiliados, ligados a la atención, que le den respuestas específicas a los interrogantes de la población, en relación con los principales problemas o eventos de enfermedad.

2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Inicialmente el POSS aplicará programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a nivel individual y colectivo, los cuales incluyen lo siguiente:

-Niños menores de diez (10) años. Inmunización con vacunas contra difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis, tuberculosis, hepatitis b, rubeola, sarampión, parotiditis y meningitis. Control y crecimiento del desarrollo y complementación alimentaria según el riesgo nutricional y valoración de la agudeza visual y auditiva.

-Adolescentes. Valoración de la agudeza visual y auditiva.

-Mujeres embarazadas. Control prenatal, detección de riesgo, complementación nutricional, vacunación, exámenes de laboratorio y ecografía, cursos psicoprofilácticos, puericultura y fomento a lactancia materna.

-Mujeres en edad fértil. Planificación familiar, consejería en salud reproductiva, citología cervicouterina y examen del seno.

-Hombres y mujeres mayores de cuarenta y cinco (45) años. Evaluación de riesgo cardiovascular.

-Familia y comunidad. Control de los factores de riesgo relacionados con el ambiente familiar, la vivienda, la comunidad y el medio ambiente, orientados al mejoramiento de las relaciones interfamiliares y el ambiente físico interdomiciliario, así como la conformación de grupos de apoyo comunitarios para la prevención de problemas de salud de tipo crónico, accidentes y desastres.

3. Atenciones ambulatorias del primer nivel para la recuperación de la salud:

-Niños menores de diez (10) años. Infección respiratoria aguda, otitis, amigdalitis, enfermedad diarreica aguda, neumonía, parasitismo intestinal, recuperación nutricional, conjuntivitis, meningitis, enfermedades de la piel, pediculosis. Atención del trauma menor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico, atención inicial y remisión al segundo y tercer nivel en casos de apendicitis y trauma mayor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.

-Adolescentes. Infección respiratoria aguda, parasitismo intestinal, enfermedades de la piel, pediculosis. Atención del trauma menor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico, atención inicial y remisión al segundo y tercer nivel en casos de apendicitis y trauma mayor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.

-Puerperio. Control de puerperio y complementación nutricional.

-Mujeres entre los veinte (20) y los sesenta (60) años. Atención a mujeres con NICI, hipertensión arterial, enfermedad genitourinaria, enfermedades de transmisión sexual,

diabetes, infección respiratoria aguda, enfermedad de la piel , gastritis aguda y crónica y trauma menor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico y remisión al segundo y tercer nivel de atención de los casos de apendicitis, mujeres con NICII-III, colelitiasis, prolapso uterovaginal, trauma mayor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.

-Hombres entre los veinte (20) y los sesenta (60) años. Hipertensión arterial, enfermedades genitourinarias, enfermedades de transmisión sexual, diabetes, infección respiratoria aguda, enfermedades de la piel, gastritis aguda y crónica, diagnóstico y remisión de apendicitis, y trauma menor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico y remisión al segundo y tercer nivel de atención de los casos de apendicitis, enfermedades de próstata y hemorragia digestiva, y trauma mayor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.

Hombres y mujeres mayores de sesenta (60) años. Hipertensión arterial, enfermedades genitourinarias y enfermedades de transmisión sexual, diabetes, infección respiratoria aguda (bronquitis, enfisema y asma), enfermedades de la piel, gastritis aguda y crónica, artritis y problemas oftalmológicos; y trauma menor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico y remisión al segundo y tercer nivel de atención de los problemas oftalmológicos graves, enfermedades de próstata, neumonía grave y hemorragias digestivas; y trauma mayor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.

4. Atenciones en zonas de enfermedades endémicas. En zonas endémicas de paludismo, leishmaniasis, dengue, fiebre amarilla, lepra y tuberculosis se atenderán los casos que se presenten de estas enfermedades, de acuerdo con los lineamientos del Plan de Atención

Básica.

5. Salud oral:

-Niños de dos (2) a catorce (14) años. Educación sobre técnicas de cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al odontólogo, aplicación de sellantes y fluor, exámenes de diagnóstico, tratamiento de operatoria, endodoncia, exodoncia y atención de urgencias odontológicas.

-Mujeres embarazadas. Exámenes de diagnóstico, educación sobre cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al odontólogo, profilaxis y detartaje, tratamiento de operatoria, endodoncia, exodoncia y atención de urgencias odontológicas.

-Resto de la población. Educación sobre técnica de cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al odontólogo, exámenes de diagnóstico, tratamiento de operatoria, endodoncia, exodoncia y atención de urgencias odontológicas.

6. Atenciones hospitalarias de primer nivel

-Niños menores de diez (10) años. Complicación de EDA, IRA y atención básica de accidentes, laceraciones y heridas.

-Adolescentes. Atención inicial de accidentes, laceraciones y heridas.

-Mujeres embarazadas. Atención del parto sin riesgo.

-Hombres y mujeres mayores de 20 años. Neumonía grave, atención de accidentes, laceraciones y heridas, úlcera péptica, hemorragia digestiva.

7. Atenciones de recuperación de la Salud Ambulatorias del segundo y tercer nivel (consulta especializada):

-Recién nacido de alto riesgo. Atención de problemas perinatales.

-Menores de un (1) año. Neumonía grave y meningitis.

-Embarazada con riesgo. Atención especializada del parto y puerperio.

8. Atenciones hospitalarias del segundo y tercer nivel.

-Atención del parto de alto riesgo y complicaciones del puerperio. Atención del recién nacido de alto riesgo. Complicaciones en EDA y neumonía grave al menor de un (1) año.

Parágrafo 1º. El POSS podrá ser complementado con uno o más servicios de salud incluidos en el Plan de Atención Básica, de que trata el artículo 47 del Decreto Ley 1298 de 1994, que el municipio no esté en capacidad de ofrecer por falta de infraestructura, recursos humanos o dotación. En este caso, el municipio deberá contratar la prestación de dichos servicios con las entidades encargadas de administrar el Régimen Subsidiado en la respectiva localidad.

Parágrafo 2º. Los planes específicos ajustados a la situación de cada municipio que cada entidad encargada de administrar el Régimen Subsidiado preste, deberán ser aprobados por las direcciones seccionales, distritales o municipales de salud; y a falta de éstas, por los jefes de la administración departamental, distrital o municipal.

Artículo 12. Plan de atención materno infantil PAMI. Como una estrategia de incorporación acelerada de los grupos vulnerables al Régimen Subsidiado, para las mujeres embarazadas y los menores de un año, seleccionados de conformidad con los criterios de focalización de que trata el presente Decreto, se crea el programa de atención materno infantil, PAMI. Dicho programa incluye:

1. Servicios prenatales. Control prenatal, detección de riesgo, complementación nutricional,

vacunación, exámenes de laboratorio y ecografía, cursos psicoprofilácticos, puericultura y fomento a lactancia materna.

2. Parto y puerperio. Cuidado prenatal y atención del parto incluyendo el de alto riesgo, control de puerperio, planificación familiar, complementación nutricional y fomento de la lactancia materna.

3. Planificación familiar. Planificación familiar tanto quirúrgica como no quirúrgica, consejería en salud reproductiva, citología cervicouterina y examen de seno.

4. Niños menores de un (1) año. Inmunizaciones PAI, promoción de la lactancia materna, paquete de complementación nutricional, control y atención del niño enfermo (especialmente tratamientos de EDA e IRA).

Artículo 13. Criterios para la referencia de pacientes pertenecientes al Régimen Subsidiado. Mientras que se unifican los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POSS, con los que ofrece el Plan Obligatorio de Salud, POS, del Régimen Contributivo, aquellos beneficiarios del Régimen Subsidiado que por sus condiciones de salud o necesidades de ayudas de diagnóstico y tratamiento, requieran de servicios de una complejidad mayor que la brindada por la institución prestadora de servicios que los haya atendido, deberán ser referidos por ésta, de acuerdo con los protocolos vigentes, a los hospitales públicos del subsector oficial de salud o a los privados con los cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios.

Durante la transición y de acuerdo al programa de conversión gradual de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda que para el efecto se establezca, las direcciones seccionales, distritales y ocales de salud garantizarán la celebración de contratos de compraventa de servicios con los hospitales para atender las patologías no previstas en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, según lo previsto en el artículo 87 del Decreto ley 1298 de 1994.

CAPITULO IV

FINANCIACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 14. Fuentes de financiación. Los recursos del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud incluyen recursos fiscales, del situado fiscal y de las rentas cedidas a los departamentos; del Fondo de Solidaridad y Garantía; de las regalías de los pozos petroleros de Cupiagua y Cusiana; y de las contribuciones de los afiliados al Régimen Subsidiado. Dichos recursos se encuentran detallados en los artículos 128, 152, 159 y concordantes del Decreto ley 1298 de 1994.

De conformidad con el artículo 32 y con el párrafo 1º del artículo 152 del Decreto ley 1298 de 1994, los recursos del Régimen Subsidiado, provenientes de las fuentes señaladas en este artículo, deberán ser recaudados por las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud o recibidos en transferencia del Fondo de Solidaridad y Garantía (para efectos de cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los afiliados al Régimen Subsidiado) y manejados como una subcuenta especial del Fondo Seccional, distrital o municipal de salud.

Artículo 15. Destinación de los recursos. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 152 del Decreto Ley 1298 de 1994, los recursos del Régimen Subsidiado se aplicarán de conformidad con las siguientes reglas:

1. Desde la fecha de la vigencia del presente Decreto y hasta el final del año 1995, el 1% de los recursos correspondientes a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, se dedicará a apoyar financiera y técnicamente el montaje del Sistema de Información para la Identificación de Beneficiarios, Sisben, en los municipios.
2. Con excepción de las sumas a que hace relación el numeral anterior, los recursos correspondientes a la Subcuenta de Solidaridad de Fondo de Solidaridad y Garantía, serán

destinados exclusivamente a la cofinanciación de proyectos de subsidio a la demanda junto con los entes territoriales.

Artículo 16. Régimen de cofinanciación. Los programas de subsidio a la demanda en el Régimen Subsidiado serán cofinanciados entre las entidades territoriales y el Fondo de Solidaridad y Garantía, así:

1. Una vez se determine el costo de aplicación del Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado, teniendo en cuenta el número de beneficiarios y el valor de las Unidades de Pago por Capitación Subsidiadas, UPCS, el Fondo de Solidaridad y Garantía, por intermedio de su subcuenta de Solidaridad, procederá a cofinanciar los programas de subsidio a la demanda en las proporciones máximas establecidas. Anualmente y de acuerdo con las disponibilidades de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud recomendará los límites máximos de cofinanciación. El Ministerio de Salud expedirá la resolución pertinente.
 2. Las Cajas de Compensación Familiar cofinanciarán el valor del Plan de beneficios del Régimen Subsidiado con los recursos previstos en el artículo 155 del Decreto ley 1298 de 1994, en la proporción establecida, mediante Acuerdo, por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- En el caso en que el valor de la cofinanciación supere los recursos que debe destinar la Caja de Compensación Familiar a subsidios, podrá acceder a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía para completar el valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada. En caso contrario consignará los excedentes o ampliará su cobertura a otras poblaciones.
3. Con los recursos fiscales y de solidaridad, en los cuales se encuentran incluidos los recursos que deben aportar las Cajas de Compensación Familiar, según lo dispuesto en los artículos 152, 155 y 159 del Decreto ley 1298 de 1994, asignados, se financiarán las

Unidades de Pago por Capitalización Subsidiadas para el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado a través de las entidades autorizadas para administrar el Régimen Subsidiado.

4. Los aportes de los afiliados se sumarán a las Unidades de Pago por Capitalización Subsidiadas, UPCS, para efectos de financiar el POSS al cual tienen derecho los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

Artículo 17. Unidades de Pago por Capitalización Subsidiadas, UPCS. Las entidades y programas que administren el Régimen Subsidiado, recibirán aportes provenientes de las fuentes señaladas en la ley y en el presente Decreto, por cada beneficiario. Dichos aportes reciben el nombre de Unidades de Pago por Capitalización Subsidiadas, UPCS.

En su punto de partida las Unidades de Pago por Capitalización Subsidiadas, UPCS, tendrán un valor equivalente al cincuenta por ciento (50%) de la Unidad de Pago por Capitalización, UPC del Régimen Contributivo y se mantendrán en el nivel señalado en su punto de partida durante el término de dos (2) años contados a partir de la vigencia del presente Decreto.

A partir del tercer año se incrementarán, de conformidad con los criterios que fije el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud, con el objeto de reflejar la incorporación al POSS, del conjunto de intervenciones de mayor costo asegurables.

Entre los años 1998 y 2001 se incrementarán nuevamente, de conformidad con los criterios que fije el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el objeto de reflejar la incorporación al POSS, de las intervenciones asociadas con el segundo y tercer nivel de atención, que lo hagan equivalente al Plan Obligatorio del Régimen Contributivo, POS.

Artículo 18. Contribuciones de los afiliados. Los afiliados al Régimen Subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos cuyas cuantías y parámetros de aplicación determinará el Ministerio de Salud por medio de resolución y de conformidad con los criterios del Sisben.

CAPITULO V

REGLAS DE ADMINISTRACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO

Artículo 19. Dirección del Régimen Subsidiado. La dirección del Régimen Subsidio de Seguridad Social en Salud corresponde a los departamentos, distritos y municipios, los cuales la ejercerán a través de las direcciones seccionales, distritales o municipales de salud según sea el caso. En el evento de que las direcciones de salud no hayan sido creadas, la dirección del Régimen Subsidiado le corresponderá al jefe de la administración de la respectiva localidad.

La dirección del Régimen Subsidiado en cada localidad se hará conforme a las normas y orientaciones que expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en coordinación con las políticas, estrategias, programas y proyectos que determinen los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Artículo 20. Entidades administradoras del Régimen Subsidiado. Podrán administrar los Recursos del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, aquellas entidades que cumplan con los requisitos contenidos en el artículo siguiente y que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

1. Empresas Solidarias de Salud, ESS. Una empresa solidaria de salud es una Entidad Promotora de Salud, EPS, de carácter solidario, que afilia beneficiarios del Régimen Subsidiado con el objetivo de facilitar su acceso a los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POSS.

Legalmente las empresas solidarias de salud se constituyen como personas jurídicas con personería jurídica carácter solidario, sin ánimo de lucro y de derecho privado, de origen y con participación comunitaria, creadas con el fin específico de administrar los subsidios en salud de acuerdo con las normas establecidas por el Gobierno Nacional.

En desarrollo del mandato contenido en el artículo 333 de la [Constitución Política](#) y de conformidad con lo establecido en el Decreto ley 1298 de 1994, los recursos del Régimen Subsidiado serán administrados preferencialmente por las Empresas Solidarias de Salud, ESS, que se constituyan para tal efecto.

Las Empresas Solidarias de Salud, ESS, podrán asociarse o vincularse a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, del Régimen Contributivo, con el objeto de fortalecer su capacidad financiera y operativa.

2. Cajas de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar que organicen un programa especial para la administración del Régimen Subsidiado con los recursos señalados en el artículo 155 del Decreto ley 1298 de 1994, o con recursos adicionales de origen fiscal recibidos de los departamentos, distritos o municipios, mediante contratación para el manejo del Régimen Subsidiado en una determinada área.

Así mismo, las Cajas de Compensación Familiar, podrán administrar directamente los recursos del Régimen Subsidiado, caso en el cual deberán crear un programa especial para su administración, constituir una cuenta independientes del resto de sus rentas y bienes y reportar la ejecución correspondiente al Fondo de Solidaridad y Garantía de acuerdo con lo previsto en el presente Decreto. Las Cajas de Compensación Familiar que no cumplan los requisitos definidos en la reglamentación, deberán girar los recursos del Subsidio a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

3. Empresas Promotoras de Salud, EPS. Las Empresas Promotoras de Salud, EPS, organizadas para administrar el Régimen contributivo de seguridad social en salud y que adicionalmente organicen programas especiales de gestión del Régimen Subsidiado mediante contratos con los departamentos, distritos y municipios.

En todo caso las Cajas de Compensación Familiar y las EPS que organicen programas especiales para la administración del Régimen Subsidiado, deberán garantizar la prestación

de los servicios de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de este Decreto y mantener los límites de cofinanciación con los municipios, establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Ministerio de Salud.

Artículo 21. Requisitos para administrar el Régimen Subsidiado. La administración del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud se llevará a cabo por parte de las entidades que cumplan con los siguientes requisitos, acreditados ante las entidades de dirección previstas en el artículo 19 del presente Decreto:

1. Que pertenezcan a alguna de las categorías señaladas en el artículo anterior.
2. Que tengan personería jurídica y acrediten ante las direcciones seccionales, distritales o municipales de salud, o ante el jefe de la administración local según sea el caso, el cumplimiento de los requisitos de capacidad técnica y financiera que el Ministerio de Salud fije como necesarias para el adecuado cumplimiento de sus funciones.
3. Que tengan un mínimo de un mil (1.000) familias o un mínimo de cinco mil (5.000) afiliados en el Régimen Subsidiado.

Parágrafo. El requisito establecido en el numeral 13 del presente artículo se exigirá a partir del segundo año de operación.

Artículo 22. Requisitos especiales para las empresas solidarias de salud. En relación con las Empresas Solidarias de Salud, ESS, se aplicarán las siguientes reglas especiales, sin perjuicio del cumplimiento de los demás requisitos contenidos en el artículo anterior:

1. El Ministerio de Salud, establecerá requisitos técnicos, pero sobre todo financieras más flexibles, para las Empresas Solidarias de Salud, ESS, con el objeto de estimular su consolidación y fortalecer la ampliación de sus coberturas en las áreas más marginadas del país.

2. Las Empresas Solidarias de Salud, ESS, deberán contar entre sus afiliados una proporción de personas de la tercera edad, similar a la proporción de personas de la tercera edad que vivan en el área de influencia de las respectivas Empresas Solidarias de Salud, ESS.

3. El patrimonio de las Empresas Solidarias de Salud, ESS, estará compuesto por los aportes de los asociados, las donaciones y los excedentes que logren capitalizar.

Artículo 23. Requisitos Especiales para las Cajas de Compensación Familiar. En relación con las Cajas de Compensación Familiar se aplicarán las siguientes reglas especiales, sin perjuicio del cumplimiento de los demás requisitos contenidos en el artículo 20 de este Decreto.

1. La entidad debe organizar a la comunidad de usuarios para que participe en la gestión de la salud y el control de la prestación de los servicios; así como en el desarrollo de un proceso de recuperación y generación de conocimientos y prácticas que fundamenten la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2. La cobertura familiar, la atención integral y la prestación de servicios por parte de equipos interdisciplinarios ligados a la actividad comunitaria, son características del POSS que deberán acoger las Cajas de Compensación Familiar y las EPS en la ejecución de los planes.

Artículo 24. Funciones de las entidades administradoras del Régimen Subsidiado. Son funciones de las Empresas Solidarias de Salud, ESS, y de las demás entidades autorizadas para administrar el Régimen Subsidiado, las siguientes:

1. Cooperar con los entes territoriales en el proceso de clasificación socio económica e identificación de los beneficiarios de los subsidios, de conformidad con las normas contenidas en este Decreto y con las disposiciones de las autoridades.

2. Fomentar y promover el proceso de afiliación de la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud.
3. Aplicar las tarifas fijadas por las autoridades para la contribución de los afiliados al Régimen Subsidiado de conformidad con las normas contenidas en el presente Decreto y recaudar dichas contribuciones, para lo cual se deberá garantizar adecuadamente el cumplimiento de las obligaciones.
4. Administrar los recursos del Régimen Subsidiario de conformidad con las reglas contenidas en el artículo siguiente de este Decreto.
5. Recibir en comodato o a cualquier otro título legal, la infraestructura pública que se les entregue para la administración y prestación de los servicios del Régimen Subsidiado.
6. Organizar la red de servicios para la atención de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.
7. Celebrar los contratos y convenios que sean necesarios para garantizarle a sus beneficiarios que serán remitidos a las instituciones prestadoras de servicios que puedan proveer en forma adecuada los servicios que forman parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POSS, y que no puedan ser prestados por la entidad administradora del subsidio.
8. Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios, que incluyan la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el tratamiento y rehabilitación, dentro de los parámetros de calidad básica y costo mínimo.
9. Las demás que sean necesarias para el cabal cumplimiento de su función.

Artículo 25. Manejo de los Recursos del Régimen Subsidiado. Las entidades administradoras

del Régimen Subsidiado administrarán los recursos del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud a través de uno o varios encargos fiduciarios contratados con entidades financieras, cuentas con destinación específica garantizadas con pólizas de manejo, u otros mecanismos equivalentes, de conformidad con los lineamientos que señale el Ministerio de Salud. Los recursos del Régimen Subsidiado sólo podrán ser utilizados en la contratación o prestación de los servicios de salud contenidos en el POSS y el apoyo para el montaje del Sisben en el porcentaje previsto en el artículo 15 del presente Decreto.

Artículo 26. Los contratos con las entidades administradoras de los subsidios. Los recursos fiscales destinados al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud se ejecutarán mediante contratos con entidades autorizadas para el efecto. Dichos contratos tendrán las siguientes características:

1. Contendrán el plan de beneficios ofrecido a los afiliados de acuerdo con las normas vigentes.
2. Indicarán la lista de los beneficiarios o la forma de cómo se identificarán y se realizará el proceso de afiliación.
3. Si los contratos se celebran con entidades distintas de las Empresas Solidarias de Salud, ESS, se realizarán mediante concurso, el cual se regirá por el régimen privado, pudiendo contener cláusulas exorbitantes propias del régimen de derecho público.

Un representante de los afiliados al Régimen Subsidiado participará como miembro de las juntas de licitaciones y adquisiciones o del órgano que haga sus veces. El representante de los afiliados para la escogencia de las entidades administradoras será elegido por el jefe de la administración departamental, distrital o municipal, de entre aquellos afiliados que presenten su nombre a consideración de dicho funcionario. Para el efecto se publicarán dos avisos en un periódico de alta circulación en la región respectiva, el último de los cuales deberá aparecer publicado por lo menos quince (15) días hábiles antes de la designación del

representante; las publicaciones se deberán realizar con un intervalo de por lo menos cinco (5) días.

4. Todos los contratos establecerán un sistema de auditoría médica, la cual deberá ser provista por las direcciones seccionales, distritales o municipales de salud, en caso tal que el municipio no pueda hacerlo.

5. El cumplimiento de las obligaciones de los contratos se harán por medio del sistema de pagos por capitación, en forma similar a la utilizada para el Plan Obligatorio de Salud a cargo de la entidad contratante, en proporción al número de beneficiarios y por el valor per cápita que determinen las normas sobre la materia.

6. Los contratos deberán prever un sistema de anticipo y pagos al menos bimestrales de las cuotas complementarias.

7. Los pagos periódicos que harán las administraciones municipales y departamentales se harán a las entidades contratistas previa la presentación de una cuenta de cobro y de un informe bimensual en donde se detallen los nombres de los beneficiarios, clase y cantidad de acciones de salud realizadas, relación de quejas de los usuarios, evaluación y sugerencias del órgano de control interno y del auditor médico designado para el efecto.

8. Para efectos de garantizar el adecuado manejo de los recursos, las entidades autorizadas deberán constituir un encargo fiduciario de administración y pagos con una entidad financiera legalmente constituida, póliza de manejo y cumplimiento u otro mecanismo financiero equivalente, como condición previa al desembolso de recursos.

9. Para todos los efectos legales estos contratos entre las entidades territoriales y las entidades administradoras de los subsidios se entenderán como contratos de compraventa de servicios.

Las entidades que administren subsidios se comprometen a acoger el sistema de información contable y de salud que le suministre el Ministerio y a suministrar la información con la periodicidad que éste le indique.

Artículo 27. Vigilancia y control Régimen Subsidiado. La vigilancia y control del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud corresponde al Ministerio de Salud, el cual la ejercerá a través de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 28. Funciones de las direcciones seccionales, distritales y municipales de salud. En desarrollo de las funciones que le asigna a las direcciones seccionales, distritales y municipales el Decreto ley 1298 de 1994, corresponde a dichas entidades:

1. Contribuir al desarrollo y puesta en práctica del sistema de identificación de beneficiarios de los subsidios, Sisben, y otorgar un carné de identificación de los beneficiarios de los subsidios en salud, que lo acredite como afiliado del Régimen Subsidiado.
2. Diagnosticar y evaluar las necesidades de atención de la población subsidiada residente o usuaria de los servicios de salud en la respectiva jurisdicción.
3. Fomentar la creación de las empresas solidarias de salud, y de las demás entidades autorizadas para administrar los subsidios, de tal forma que se garantice una cobertura creciente del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
4. Fomentar la creación de entidades promotoras de salud y las otras instituciones o programas de asesoría y gestión que sean necesarias para la puesta en funcionamiento del Régimen Subsidiado en Salud.
5. Fomentar el desarrollo y consolidación de las instituciones prestadoras de servicios, incluyendo la financiación de sus planes de inversión, y su organización como empresas sociales de salud del municipio con el fin de garantizar su articulación al Régimen

Subsidiado de la seguridad social en salud.

6. Entregar en comodato la infraestructura física de los centros y puestos de salud, así como los espacios disponibles que puedan utilizarse para la operación administrativa y de prestación de servicios de las empresas solidarias de salud y de otras entidades administradoras del subsidio.

7. Realizar los convenios y contratos que sean necesarios para garantizar la prestación de servicios integrales del Plan Obligatorio de Salud a todos los beneficiarios de la localidad.

8. Apropiar las partidas presupuestales necesarias para la financiación local del Régimen Subsidiado en Salud.

9. Realizar los convenios de cofinanciación del Régimen Subsidiado en Salud, que fueren necesarios con el Departamento y el Fondo de Solidaridad y Garantía.

10. Contratar prioritariamente con las empresas solidarias de salud con el fin de garantizar la administración de los subsidios asignados mediante el sistema de pagos por capitación.

11. Contratar mediante concurso con las Empresas Promotoras de Salud, EPS u otras entidades habilitadas para el efecto, la gestión de los subsidios para la protección de la salud, cuando tal actividad no pueda ser desarrollada total o parcialmente por las Empresas Solidarias de Salud, ESS.

Artículo 29. Vigencia. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 3 agosto de 1994.

CESAR GAVIRIA TRUJILLO

El Viceministro de Hacienda y Crédito, 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.