

OBJETO DE GASTO	1	DESTINATARIOS DE LAS OTRAS TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	
ORDINAL	21	<b>CAPITALIZACIÓN CENTRAL DE INVERSIONES S. A. CISA (ART. 1º DECRETO 568 DE 2010).</b>	
RECURSO	11	OTROS RECURSOS DEL TESORO	\$5.000.000.000.00
		<b>TOTAL CRÉDITO</b>	<b>\$5.000.000.000.00</b>

Artículo 3º. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, previa aprobación de la Dirección General del Presupuesto Público Nacional.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá D. C., a 17 de marzo de 2010.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

*Óscar Iván Zuluaga Escobar.*

El Director General del Presupuesto Público Nacional,

*Fernando Jiménez Rodríguez.*

(C.F.)

## MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

### DECRETOS

#### DECRETO NÚMERO 965 DE 2010

(marzo 24)

*por medio del cual se reglamenta parcialmente el artículo 4º del Decreto-ley 132 de 2010 y se dictan otras disposiciones.*

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las que le otorga el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, en desarrollo del artículo 4º del Decreto-ley 132 de 2010, y

#### CONSIDERANDO:

Que una de las motivaciones del Decreto-ley 4975 de 2009, mediante el cual el Gobierno Nacional declaró el Estado de Emergencia Social, es la necesidad de "... crear las condiciones institucionales, financieras, fiscales y operativas para la unificación de los Planes Obligatorios de Salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, a través de un plan básico, sostenible y progresivo".

Que en desarrollo del Decreto-ley 4975 de 2009, el Gobierno Nacional expidió el Decreto Legislativo 132 de 2010, a través del cual se establecieron mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para fortalecer los mecanismos de protección efectiva del derecho a la salud de las personas, y se dictaron medidas extraordinarias en virtud de las cuales, al Gobierno Nacional le corresponde determinar la gradualidad de la unificación de los Planes Obligatorios de Salud para efecto de acelerarla y en esa medida a partir del año 2010 y de manera progresiva, incrementar el porcentaje de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el Régimen Subsidiado en Salud.

#### DECRETA:

Artículo 1º. *Objeto.* El presente decreto tiene por objeto definir y reglamentar las condiciones para determinar la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo y la consecuente transformación de recursos, de conformidad con lo previsto en el artículo 4º del Decreto-ley 132 de 2010.

Artículo 2º. *Gradualidad de la unificación.* La gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo se implementará a partir de 2010 en los departamentos con los municipios que hagan parte de su jurisdicción, y en los distritos, que seleccionen los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social hasta cubrir todo el territorio nacional. En las entidades seleccionadas, la unificación se entiende como el acceso a la prestación de servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo definido por la Comisión de Regulación en Salud, CRES, y cubrirá a la población afiliada al Régimen Subsidiado y la población potencial elegible, de conformidad con las normas vigentes. Para los efectos, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de la Protección Social definirán conjuntamente los criterios y demás requisitos de selección de entidades territoriales, teniendo en cuenta, como mínimo, los siguientes:

a) Solicitud de la entidad territorial.

b) Haber solicitado ante el Consejo Superior de Política Fiscal - Confis Territorial o quien haga sus veces, la aprobación del Plan general financiero de la unificación de planes obligatorios de salud entre régimen subsidiado y contributivo, el cual incluirá el plan de transformación de recursos requerido para la unificación, en armonía con el literal b) del artículo 4º del Decreto-ley 132 de 2010. El plan general deberá garantizar la sostenibilidad de la universalización y de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el régimen subsidiado y contributivo, así como considerar todas las fuentes y los efectos financieros y fiscales que sobre la red pública de prestadores de servicios de salud cause la unificación. El Plan general deberá contar con el concepto favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y del Ministerio de la Protección Social, entidades que deberán adelantar el seguimiento respectivo. Para la selección definitiva de una entidad territorial será indispensable contar con la aprobación del Confis Territorial o quien haga sus veces, a la solicitud aquí mencionada.

c) Haber logrado la cobertura universal del régimen subsidiado en salud, o haberla previsto en el plan general financiero de que trata el literal b) del presente artículo, entendiéndose por cobertura universal la definida en las normas vigentes.

Parágrafo 1º. En todo caso, bajo cualquier circunstancia, la entidad territorial competente para la gestión de la red pública hospitalaria será responsable de garantizar el equilibrio financiero de las Empresas Sociales del Estado de su jurisdicción, dadas las condiciones de la unificación y de la transformación previstas en el presente decreto.

Parágrafo 2º. Para efectos del Plan general financiero las entidades territoriales deberán prever la financiación de las prestaciones excepcionales en salud en tanto entra en operación y funcionamiento el Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud (Fonpres) según lo previsto en el Decreto-ley 128 de 2010 y demás contingencias asociadas a la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y actividades no cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (NO POS-S), en tanto se implementan la unificación y la transformación previstas en el presente decreto.

Parágrafo 3º. Los departamentos con sus municipios certificados en salud y los distritos, deberán presentar sus solicitudes de unificación de planes obligatorios de salud a los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social, incluyendo la solicitud de transformación de recursos del Sistema General de Participaciones, SGP, en el componente de prestación de servicios a la población pobre no asegurada y actividades no cubiertas en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado y de rentas cedidas, según el caso y el plan de transformación a que hace referencia el literal b) del presente artículo.

Parágrafo 4º. El cubrimiento de la población elegible de subsidio parcial estará sujeto al esquema de aporte complementario reglamentado por el Gobierno Nacional en ejercicio de las competencias conferidas por el literal d) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

Parágrafo 5º. Previo a las distribuciones totales o parciales del Sistema General de Participaciones para salud, los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social deberán certificar al Departamento Nacional de Planeación, las entidades seleccionadas. Lo anterior aplicará a distribuciones correspondientes a la vigencia 2011 y posteriores.

Artículo 3º. *Transformación de recursos.* Las entidades territoriales seleccionadas deberán, en virtud de lo previsto por el artículo 4º del Decreto-ley 132 de 2010 y lo dispuesto en el presente decreto, transformar las fuentes que financian la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado de conformidad con el plan de transformación y con la solicitud de transformación de fuentes de las entidades territoriales a que hacen referencia el literal b) del artículo 2º y el parágrafo 3º del artículo 2º del presente decreto, respectivamente.

La entidad territorial deberá garantizar el mantenimiento de la transformación, de conformidad con el literal e) del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007. Para la sostenibilidad de la continuidad del régimen subsidiado incluida la unificación deberá aplicarse lo previsto por el artículo 50 de la Ley 715 de 2001.

Parágrafo 1º. En todo caso, los recursos transformados para la financiación de los subsidios a la demanda del Régimen Subsidiado deberán girarse al patrimonio autónomo de que trata el artículo 1º del Decreto-ley 132 de 2010, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2º. Los aportes patronales hacen parte de la transformación de recursos destinados a financiar las prestaciones de servicios a la población pobre no asegurada y actividades no cubiertas en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, del Sistema General de Participaciones para Salud.

Artículo 4º. *Base de transformación del Sistema General de Participaciones.* El porcentaje final del componente de régimen subsidiado del Sistema General de Participaciones de Salud de la vigencia respectiva será el resultado de considerar el monto equivalente al porcentaje inicial de distribución, más el monto total de recursos transformados por las entidades territoriales seleccionadas, dividido en el total de recursos destinados al Sistema General de Participaciones en Salud de la vigencia respectiva.

El porcentaje inicial del Sistema General de Participaciones que financiará el régimen subsidiado de la vigencia siguiente será el porcentaje final del Sistema General de Participaciones en salud de la vigencia anterior en el componente de Régimen Subsidiado.

Para el efecto, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el de la Protección Social certificarán, en diciembre de cada año, al Departamento Nacional de Planeación el monto de los recursos efectivamente transformados.

Artículo 5º. *Pruebas piloto.* Con el fin de obtener información relevante sobre frecuencias de uso, costos, los impactos sobre la red pública hospitalaria, evasión y elusión y de los cálculos de suficiencia y sostenibilidad de la financiación de la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado, que sirva para la toma de decisiones de política pública, los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social podrán aprobar pruebas piloto de unificación en entidades territoriales, por un término no inferior a seis (6) meses, para lo cual definirán conjuntamente los criterios y requisitos para la selección de las entidades territoriales, determinando, entre otros, la cobertura universal en el marco de las pruebas piloto, con base en la información certificada por la autoridad competente.

Artículo 6º. *Plan General Financiero de Unificación de Planes Obligatorios de Salud entre Régimen Subsidiado y Contributivo.* El Plan general financiero de que trata el literal b) del artículo 2º del presente decreto, tendrá como objetivo garantizar la capacidad fiscal y financiera de la entidad territorial para la sostenibilidad de la unificación de los planes obligatorios de salud, así como de la universalización del régimen subsidiado. El Plan deberá detallar:

i) Las fuentes de financiación del régimen subsidiado definidas por el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007;

ii) Los recursos provenientes de la transformación del Sistema General de Participaciones (SGP) componente prestación de servicios para lo no cubierto con subsidios a la demanda y

la atención de la población pobre no asegurada y de las rentas cedidas de que trata el literal b) del artículo 4° del Decreto-ley 132 de 2010;

iii) Los recursos de regalías, esfuerzo propio y demás que la entidad destine, o venga destinando, para la financiación de la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y actividades no cubiertas en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, así como la apropiación estimada por la generación de nuevas fuentes de recursos para unificación de planes de beneficios definidas en el Decreto-ley 127 de 2010.

Adicionalmente deberá contener como mínimo:

- a) Los objetivos de mediano plazo.
- b) La población a beneficiar.
- c) Las etapas y actividades a desarrollar.
- d) Las fuentes de financiación que se comprometen en armonía con el Marco Fiscal de Mediano Plazo de la entidad territorial, el cual deberá incluir el Plan de transformación de recursos para la unificación, indicando monto y término en el cual los recursos destinados a la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado serán reorientados a la unificación de los planes obligatorios de salud.

e) Las fuentes de financiación que garanticen la continuidad de la universalización del régimen subsidiado.

f) El flujo financiero de fuentes y gastos asegurando la sostenibilidad de la afiliación de la población al régimen subsidiado, la unificación de planes obligatorios de salud, la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y actividades no cubiertas en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, cuando aplique, y el desarrollo de acciones de salud pública. Este flujo deberá prever los recursos necesarios para compensar la disminución de recursos del Sistema General de Participaciones que se genere en la respectiva entidad territorial, por la transformación del componente de prestación, de acuerdo con el plan de transformación y según lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001.

g) El cálculo del impacto financiero en cada Empresa Social del Estado del nivel territorial en la jurisdicción conforme a su red prestadora de servicios, definiendo la estrategia de financiamiento del déficit, en caso de que lo hubiere, considerando el artículo 4° del Decreto-ley 133 de 2010.

h) Disposiciones generales, para dar cumplimiento al plan.

Parágrafo. Las entidades que en la vigencia 2010, no unifiquen los planes obligatorios de salud, podrán hacer uso de los recursos previstos en el Decreto-ley 127 de 2010, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tales efectos.

Artículo 7°. *Vigencia y derogatorias.* El presente decreto rige a partir de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 24 de marzo de 2010.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

La Viceministra General, encargada de las funciones del despacho del Ministro de Hacienda y Crédito Público,

*Gloria Inés Cortés Arango.*

El Ministro de la Protección Social,

*Diego Palacio Betancourt.*

El Director del Departamento Nacional de Planeación,

*Esteban Piedrahíta.*

## DECRETO NÚMERO 966 DE 2010

(marzo 24)

*por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto 074 de 2010.*

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las que le otorga el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, los artículos 154 literales a), b) y g) y 167 de la Ley 100 de 1993 y en desarrollo de lo previsto en el Decreto 074 de 2010, y

CONSIDERANDO:

Que el Gobierno Nacional con ocasión de la declaratoria de Emergencia Social, estableció mediante el Decreto 074 de 2010, modificaciones al Régimen del Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Fonsat;

Que las medidas adoptadas en el Decreto 074 de 2010, modifican los procesos de reclamaciones por los eventos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito y, por consiguiente, se debe definir el procedimiento de dichas reclamaciones;

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1°. *Derecho para reclamar.* Tendrán acción para reclamar las indemnizaciones por las coberturas otorgadas a las víctimas de accidentes de tránsito, a la entidad aseguradora del SOAT o al Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Fonsat, según corresponda, los prestadores de servicios de salud públicos o privados habilitados, que hubieren prestado los servicios incluidos en las coberturas; la víctima que sea declarada incapacitada permanente; los beneficiarios en caso de muerte; quienes hubieren realizado el transporte al centro asistencial y las personas naturales que hubieren sufragado los gastos funerarios. Para efectos de esta última condición, por tratarse de beneficios meramente indemnizatorios no pueden ser fuente de enriquecimiento.

Quienes cuenten con acción para reclamar deberán presentar la reclamación en los formularios establecidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social, acompañados, según sea el amparo afectado, de los soportes señalados más adelante.

Parágrafo. Los prestadores de servicios de salud, públicos o privados, solo podrán presentar reclamación exclusivamente para los servicios que hubieren prestado, respecto de los cuales, a la fecha de la prestación, se encontraban habilitados.

En los casos en que se requiera la prestación de un servicio para el cual no estuvieren habilitados, deberán remitir al paciente, mediante los procedimientos de referencia y contrarreferencia, a otro prestador de servicios de salud que sí cuente con la citada habilitación; este último contará con acción para reclamar por la prestación de los servicios.

Artículo 2°. *Reclamación.* Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas para las víctimas de accidentes de tránsito, ante las entidades aseguradoras del SOAT o al Fonsat, deberán acreditar la ocurrencia del suceso, su calidad de beneficiario y su cuantía, para demostrar efectivamente los hechos a los que se refiere. Los soportes correspondientes a cada cobertura, en original o copia, la cual será válida cuando no sea posible aportar el original y no genere duda sobre la veracidad de los hechos a ser demostrados con ella, conforme lo señala el artículo 15 del Decreto-ley 1281 de 2002. Los soportes correspondientes a cada cobertura, serán:

### 1. Servicios Médico-Quirúrgicos

a) Formulario único de reclamación de los prestadores de servicios de salud por servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito en el formato FURIPS establecido por el Ministerio de la Protección Social.

b) Certificado médico, documento en el cual el médico o profesional de la salud que lo suscribe, certifica que por el interrogatorio y los hallazgos clínicos y paraclínicos se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona, fue un accidente de tránsito.

Esta certificación podrá constar en alguno de los siguientes documentos:

- i) Resumen de historia clínica o epicrisis.
- ii) Orden médica.
- iii) Fórmula médica.
- iv) Resultados de ayudas diagnósticas o terapéuticas.
- v) Informe de atención inicial de urgencias o atención de urgencias.

En el caso de que la atención para una víctima requiera prestaciones sucesivas, posteriores a la primera atención, no será necesario allegar esta certificación en cada ocasión, una vez se encuentre en operación el sistema de información que permita hacer seguimiento a toda la atención médico-quirúrgica mediante un código o número único que identifique del siniestro.

c) Informe Policial de Accidentes de Tránsito, el cual corresponde al adoptado por la Resolución 1814 de 2005 del Ministerio de Transporte o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Tal informe será necesario en los casos en que el paciente ingrese inconsciente y no haya testigos.

De no contar con el informe policial, el prestador de servicios de salud estará facultado para recibir una declaración de la víctima, bajo la gravedad de juramento, si está en condiciones de hacerla, o del acompañante o testigo del accidente, en el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social. El formato contendrá como mínimo:

- i) Información de la persona que hace la declaración: nombres y apellidos, tipo y número de documento de identidad y dirección, teléfono, departamento y municipio de residencia.
- ii) Información de la víctima: nombres y apellidos y tipo y número de documento de identidad.
- iii) Dirección donde ocurrió el accidente, indicando el municipio y departamento.
- iv) Fecha y hora del accidente.
- v) Descripción del accidente.

d) Los demás soportes serán los establecidos, según el tipo de servicio, en el Anexo Técnico número 5 de la Resolución 3047 de 2008, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

e) Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, los cuales si bien son obligatorios, su no presentación o validación, no será causal de devolución de la factura o no pago en la oportunidad establecida.

### 2. Indemnización por incapacidad permanente

a) Formulario único de reclamación de indemnizaciones por personas naturales en el formato FURPEN establecido por el Ministerio de la Protección Social.

b) Copia del resumen de la historia clínica con los contenidos estipulados en el Anexo Técnico 2 de la Resolución 3374 de 2000 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.

c) Copia del dictamen de pérdida de capacidad laboral, expedido por las entidades autorizadas para ello de conformidad con la ley. Cuando las personas requieran dicho dictamen para reclamar las indemnizaciones ante la compañía aseguradora del SOAT y/o el Fonsat, el costo de los honorarios de la junta de calificación de invalidez, será equivalente a un salario mínimo legal diario vigente al momento de la solicitud, a cargo del reclamante.

### 3. Indemnización por muerte

a) Formulario único de reclamación de indemnizaciones por personas naturales en el formato FURPEN establecido por el Ministerio de la Protección Social.

b) Copia del Registro Civil de defunción expedido por la autoridad competente.

c) En caso de que la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, copia del resumen de la historia clínica con los contenidos estipulados en el Anexo Técnico 2 de la Resolución 3374 de 2000 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.