

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

## DECRETOS

**DECRETO NÚMERO 2561 DE 2014**

(diciembre 12)

*por el cual se definen los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y fortalecer el aseguramiento en el departamento de Guainía y se dictan otras disposiciones.*

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, y en desarrollo de lo previsto en los artículos 14 y 26 de la Ley 1122 de 2007, 15, 30 y 79 de la Ley 1438 de 2011, y

## CONSIDERANDO:

Que la Ley 100 de 1993 determina que el aseguramiento en salud es el instrumento para alcanzar la cobertura de los servicios de la población a partir de principios como universalidad, equidad, solidaridad, libre elección, calidad y eficiencia, con participación de diversos agentes (aseguradores y prestadores tanto de carácter público como privado) con el propósito de mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud;

Que la distribución desigual de la población en el territorio con dispersión en ciertas zonas, determina limitaciones en el acceso a las personas afiliadas de tipo geográfico, económico y sociocultural, en razón a que el funcionamiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en términos de viabilidad y eficiencia, no responde a las condiciones de un mercado como el de servicios de salud, caracterizado por su complejidad;

Que el Congreso de la República, condecorador de esta problemática y su efecto para la población afiliada residente en estas zonas, en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 aborda la solución, a través de diferentes mecanismos que apuntan a modular el modelo de aseguramiento y de prestación de servicios de salud;

Que para el caso de la población residente en zonas con alta dispersión geográfica, es deber del Estado garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, para lo cual debe proveer para estas zonas prestadores de servicios de salud que, aun cuando no generen las condiciones de mercado para su funcionamiento, garanticen la prestación de servicios de salud básicos en esas zonas, al margen de los costos de entrada y gastos fijos de funcionamiento para su sostenibilidad, (infraestructura, instrumentos, personal y demás) que no dependen de la demanda de servicios de salud;

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, atendiendo lo ordenado en la Ley 1438 de 2011 y en el marco de la salud como un derecho fundamental de la población que debe ser garantizado por el Estado en condiciones de equidad, de los propósitos de universalidad del aseguramiento y unificación de los planes de beneficios de salud, la prestación de los servicios de salud mediante redes integradas, la Estrategia de Atención Primaria de Salud y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), promovió los estudios necesarios que permitan la formulación de un modelo de administración del aseguramiento y de prestación de servicios de salud en condiciones de viabilidad y eficiencia;

Que en la mayoría de estas zonas, la población pertenece a grupos étnicos, añadiendo así retos culturales al ya difícil acceso y adicionalmente varias de estas zonas fueron epicentro del conflicto armado, por lo que se hace más difícil y costoso garantizar el acceso a los servicios de salud y mantener a la población sana pues en estas condiciones la oferta de personal de salud y prestadores de servicios es muy reducida, hace aún más difícil y costoso establecer entidades prestadoras de servicios;

Que, por otra parte, la salud que debe prestarse a la población residente en las zonas apartadas presenta retos epidemiológicos y de salud particulares que requieren una integración muy estrecha entre las intervenciones de salud colectivas y de salud pública y prestación de servicios de salud pues las intervenciones colectivas y las de salud pública están a cargo de los entes territoriales y las actividades de promoción y prevención, tanto las individuales como las colectivas, están a cargo del asegurador;

Que de conformidad con los estudios realizados, se entiende por zona dispersa para efectos de la atención en salud y la administración del aseguramiento, aquellas zonas en las cuales por su dispersión poblacional, el tamaño de su población, las condiciones difíciles de transporte en el territorio y los costos de prestación y administración del aseguramiento, no se logra garantizar la demanda ni la escala de operación mínima requerida para que sea eficiente mantener varias redes de provisión y varios aseguradores compitiendo en esos mercados, lo cual hace inoperante el modelo de competencia regulada, situación en la que se enmarca el departamento del Guainía;

Que se ha avanzado en el proceso de análisis del modelo de salud para el departamento de Guainía, territorio que cuenta con una extensión de 72.238 km<sup>2</sup> y una población de 40.203 habitantes, es decir, 0,56 habitantes por km<sup>2</sup>, con el 85% de su población indígena, con unos indicadores que reflejan una cobertura en afiliación a la seguridad social del 100%, con tan solo una consulta médica al año en el 17% de la población, con una tasa de mortalidad cruda por 100.000 habitantes de 266.12, una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 47.46, comparada con 15.69 a Nivel Nacional, una tasa de mortalidad por IRA de 140.11, comparada con 15.69 del país, tasa de mortalidad por TBC, de 5.13, comparado con 1.96 del país, una prevalencia de desnutrición global de 23.4, comparado con 13.2 del país;

Que la Constitución Política, en el artículo 7º, establece que el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana entendiendo que en materia de salud y de prestación de servicios se debe considerar las particularidades étnicas y culturales de la población al momento de diseñar e implementar políticas, programas y acciones en territorios con estas características;

Que de conformidad con la Constitución Política de Colombia y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, todas las normas, los programas y proyectos que se pretendan implementar en los territorios indígenas y que tengan impactos directos sobre ellas, deberán ser consultados y concertados con las autoridades indígenas y sus instancias representativas;

Que el Convenio número 169 de la OIT, ratificado mediante la Ley 21 de 1991 establece en el artículo 25, entre otros aspectos, lo siguiente: “1. Los Gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, mantenimiento al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria. 4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país”;

Que se requiere garantizar la igualdad de trato y, en consecuencia, el derecho al acceso a los servicios de salud de la población que se encuentra en dicho departamento, en condiciones de equidad, calidad y oportunidad;

Que considerando las particularidades locales, geográficas y culturales propias de la diversidad étnica que caracteriza la región se hace necesario asegurar un modelo de prestación de servicios de salud suficiente, eficiente y de calidad en el departamento del Guainía que reconozca las prioridades y la calidad de los servicios prestados en dicho territorio con gran dispersión poblacional;

Que con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud, los indicadores de salud e impactar en el perfil epidemiológico, se requiere definir un modelo de atención integral que fortalezca tanto la prestación de servicios de salud como el aseguramiento y permita la coordinación de las acciones en salud contenidas en el plan de beneficios con las de salud pública que se encuentran a cargo de las entidades territoriales, para el logro de mejores resultados en salud;

Que el artículo 79 de la Ley 1438 de 2011 establece que: “... se garantizarán los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde estas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia”;

Que las instituciones públicas del departamento de Guainía cumplen con los términos señalados en el artículo 79 de la Ley 1438 de 2011, por lo que se requieren los recursos para financiar la prestación de servicios de salud;

Que las comunidades indígenas, a través de sus instancias representativas, han demostrado interés en participar real y efectivamente en el diseño, formulación e implementación del modelo de salud del departamento de Guainía, generando acciones positivas en pro del mejoramiento de la salud de la población y participando en la construcción del mismo en los espacios concertados con el Gobierno Departamental, Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio del Interior;

Que el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por los artículos 11 de la Ley 1122 de 2007, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, establece que los recursos restantes del Sistema General de Participaciones, luego de financiar según los porcentajes allí previstos, el Régimen Subsidiado en Salud y las acciones de salud pública, se destinarán a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado se encuentre en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o como subsidios a la demanda, de acuerdo con los planes financieros y de transformación de recursos que presenten las entidades territoriales, los cuales, según lo allí establecido, deberán ser avalados de manera conjunta por los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público;

Que para fortalecer la prestación de servicios de salud, deberán implementarse mecanismos que permitan cumplir con lo previsto en el párrafo 2º del artículo 26 de la Ley 1122 de 2007;

Que con el fin de fortalecer el aseguramiento enfocado en la administración y gestión del riesgo en salud en ese departamento, debe permitirse la organización efectiva de la oferta de servicios de salud y la coordinación entre el asegurador y la entidad territorial para efectos de mejorar las condiciones de salud de la población y el acceso al aseguramiento en los términos previstos en la legislación indígena, especialmente en la Ley 691 de 2001;

Que uno de los mecanismos para fortalecer el aseguramiento debe contemplar que las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar y administrar el aseguramiento se adecúen, de un modelo de competencia regulada entre estas entidades, a un modelo en el que la competencia se dé para la entrada en operación en las zonas dispersas;

Que en consecuencia, se hace necesario adoptar el modelo de atención en salud resultante del proceso de consulta previa adelantado con las comunidades, a través de sus organizaciones e instancias representativas indígenas del departamento del Guainía, fortaleciendo así la prestación pública de servicios de salud en el mismo, en los términos señalados en el artículo 79 de la Ley 1438 de 2011 y la Ley 21 de 1991, toda vez que se trata de una zona alejada en donde no es suficiente la venta de servicios para su financiación y además su población es mayoritariamente indígena;

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

CAPÍTULO I

### Objeto y campo de aplicación

Artículo 1°. *Objeto.* El presente decreto tiene por objeto definir los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a través de un modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud para la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y fortalecer el aseguramiento en el departamento de Guainía.

Artículo 2°. *Campo de aplicación.* El modelo de atención en salud y prestación de los servicios de salud, así como el modelo de aseguramiento que se adopta mediante el presente decreto, se aplicará a la población del departamento de Guainía y a los integrantes del SGSSS.

Artículo 3°. *Definiciones.* Para efectos de aplicación del presente decreto, se definen los siguientes términos:

3.1. *Institucionalidad Indígena en Salud:* Es la instancia de los pueblos indígenas para la gestión y prestación de los servicios de salud en los territorios indígenas del departamento de Guainía.

3.2. *Agentes Médicos Tradicionales Indígenas en Salud:* Son las personas portadoras de los conocimientos y saberes ancestrales en salud de los pueblos indígenas del departamento de Guainía, representados en payés, sanadores, sobanderos, parteras y médicos tradicionales, entre otros.

CAPÍTULO II

### Modelo de atención en salud y de prestación de servicios en salud

Artículo 4°. *Del modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud.* Por medio del presente decreto se adoptará un modelo de atención en salud y prestación de salud para el departamento de Guainía, con un enfoque fundado en el principio de diversidad étnica y cultural, con la familia y la comunidad como ejes fundamentales del proceso que articule los actores del SGSSS de manera que se garantice real y efectivamente el acceso de la población a los servicios de salud.

La formulación del modelo responderá a lo previsto en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y en el Plan Territorial de Salud, teniendo en cuenta la estrategia de Atención Primaria en Salud y su implementación se realizará de manera gradual en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento. La implementación se realizará en concertación con los pueblos indígenas, a través de sus instancias representativas.

El modelo estará conformado por los siguientes componentes:

4.1. Identificación y focalización del riesgo de la población en el contexto de la diversidad étnica y sociocultural del departamento de Guainía.

4.2. Planeación, seguimiento y evaluación de las acciones para la atención a la población según el riesgo en salud, con la participación del asegurador, los Prestadores de Servicios de Salud, el departamento de Guainía y la Institucionalidad Indígena en Salud.

4.3. Gestión de la integración interadministrativa y técnica de la red de servicios existente y su complementariedad con redes externas de tercero y cuarto nivel, para lo cual podrá incluir un hospital universitario, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención.

4.4. Definición de esquemas de contratación que incluya la totalidad de los prestadores que hagan parte de la red que para el efecto se establezca, los cuales deberán contener mecanismos de pago concertados que incentiven la calidad, asociados a la atención integral de la población y a su condición étnica y cultural diversa.

4.5. Registro de información que contenga las particularidades étnicas y culturales que involucre la morbilidad y mortalidad propias de los pueblos indígenas, que refleje el perfil epidemiológico de los diferentes grupos étnicos del departamento.

Artículo 5°. *De la estrategia de Atención Primaria en Salud en el modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud.* El modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud se fundamentará en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la cual deberá contener, para el departamento de Guainía, los siguientes elementos:

5.1. Organizar la población a cargo de grupos integrados de cuidado, de acuerdo con las áreas definidas por el departamento y la Institucionalidad Indígena en Salud. Estos grupos serán responsables del cuidado y seguimiento de las condiciones de salud de la población asignada.

5.2. Garantizar la participación comunitaria efectiva en la construcción y adecuación constante del modelo, mediante el Análisis de Situación de Salud (ASIS), según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), así como la definición de prioridades, articulación de saberes y tradiciones según la especificidad etnocultural, los planes de vida construidos autónomamente por los pueblos indígenas y en la evaluación permanente del modelo, con la participación de los pueblos indígenas a través de sus instancias representativas, constituyendo los Comités de Participación Indígena (COPIA).

5.3. Garantizar la articulación inter e intrasectorial para la intervención en los determinantes de la salud de la población.

5.4. Garantizar la resolutiveidad en la prestación de servicios de salud, con políticas de talento humano, infraestructura y tecnología en salud, en todos los niveles, desde lo preventivo individual y comunitario, hasta lo curativo, garantizando la conformación de una red de prestadores primarios y complementarios, mediante contrato con un Hospital Universitario, o de alta complejidad, que resuelva las situaciones de salud desde la atención de lo preventivo individual y comunitario hasta lo reparativo y curativo de alta complejidad, en concertación con la instancia representativa de los pueblos indígenas.

5.5. Diseñar e implementar un sistema que permita monitorear y hacer seguimiento a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a su cargo. Este sistema debe permitir la evaluación de cumplimiento de metas y de resultados en salud acorde con la realidad sociocultural del departamento.

Artículo 6°. *Desarrollo del modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud.* La Entidad Promotora de Salud (EPS) autorizada habilitada para operar el aseguramiento en el departamento de Guainía, de acuerdo con los componentes que integran el modelo de atención en salud y prestación de servicios en salud, desarrollarán las siguientes acciones:

6.1. Visitas a las viviendas y a comunidades del área de influencia de los puestos y centros de salud: Incluye actividades de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), saneamiento básico, historia familiar e individual con enfoque etnocultural y educación en salud, entre otras.

6.2. Equipos extramurales: Organización de equipos extramurales de la Institucionalidad Indígena en Salud que apoyen permanentemente en las intervenciones individuales y colectivas, desde el hospital hacia los centros, y desde los centros a los puestos de salud, con el recurso humano que garantice las intervenciones a la población de sus áreas de influencia. Adicionalmente, contarán con agentes médicos tradicionales indígenas y personal indígena con formación en salud.

6.3. Equipos intramurales: Organización de equipos intramurales que garanticen las atenciones e intervenciones producto de la demanda, con capacidad para resolver la mayoría de los problemas de salud sin necesidad de trasladar a los pacientes o disminuyendo al máximo posible las remisiones innecesarias. Adicionalmente, podrán contar con agentes médicos tradicionales indígenas y personal indígena con formación en salud, si los hubiere.

6.4. Brigadas en salud: Conformación de equipos de especialistas para resolver los problemas de salud específicos según las condiciones epidemiológicas de la población e indicadores en salud, previos tamizajes realizados en las diferentes áreas en las que se organice el departamento. Las brigadas en salud contarán con agentes médicos tradicionales indígenas y personal indígena con formación en salud.

Parágrafo. La periodicidad de las acciones descritas en el presente artículo, se deberán sujetar a las normas técnicas y administrativas que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, además de la concertación previa con las comunidades, a través de su instancia representativa.

Artículo 7°. *Fortalecimiento de la participación comunitaria.* La red de prestación de servicios en salud debe apoyarse en la participación comunitaria real y efectiva y contar con una articulación entre la comunidad, sus autoridades, sus organizaciones y los prestadores de servicios de salud, que tendrán una población asignada para la realización de actividades promocionales, preventivas, educativas y curativas. La participación comunitaria, a partir de la Institucionalidad Indígena en Salud, tendrá en cuenta lo siguiente:

7.1. La cartografía social y su uso en salud, para conocer las épocas de pesca, ciclos agrícolas y el calendario ecológico.

7.2. La reflexión sobre las enfermedades tradicionales que permita acciones de mejora desde la perspectiva cultural.

7.3. El análisis del ciclo vital desde los referentes culturales (etapas del desarrollo del niño, rituales de paso, entre otros).

7.4. Fortalecimiento de la medicina tradicional y vigilancia epidemiológica comunitaria, que incluya enfermedades tradicionales.

7.5. Desarrollo de familogramas adecuados culturalmente y planes familiares de mejoramiento en salud.

7.6. Mejoramiento de la capacidad resolutive de los agentes médicos tradicionales indígenas a través de la investigación propia de sus procesos de salud y enfermedad.

7.7. Adecuación y fortalecimiento de mecanismos para el ejercicio de veedurías ciudadanas y comunitarias en salud.

Parágrafo. Como mecanismo máximo de participación, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la composición, funciones y otros aspectos operativos del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud del departamento del Guainía. En su conformación se tendrá en cuenta el factor poblacional y étnico de dicho departamento, con la participación por cuencas hidrográficas.

Artículo 8°. *Mejora de la capacidad resolutive.* La red de servicios de salud se organizará a través de áreas definidas por las cuencas y microcuencas hidrográficas, con poblaciones definidas y caracterizadas, con la participación de los agentes médicos tradicionales en salud de los pueblos indígenas y sus líderes, a través de su Institucionalidad Indígena en Salud. Adicionalmente, deberá tener en cuenta:

8.1. Cada puesto de salud será responsable de un área con una población aproximada de 1.000 personas, permitiendo a los auxiliares de enfermería autorizar el seguimiento a la realización de consulta y el manejo de medicamentos.

8.2. El centro de salud que coordina varios puestos de salud, con una población de aproximadamente 5.000 personas, dispondrá de un equipo de salud, el cual contará con el apoyo permanente de un especialista en medicina familiar. Se excluye de este parámetro poblacional los centros y puestos de salud de la Zona de los ríos Cuyari e Isana.

8.3. Apoyo de especialistas de la Empresa Social del Estado (ESE) del departamento y del hospital de alta complejidad o universitario, al equipo de Salud de los centros y puestos de salud a las brigadas en salud y a la rotación de residentes. Dicho apoyo podrá ser prestado a través de la modalidad de telemedicina.

8.4. Equipamiento y capacitación de los servicios de salud para aumentar su capacidad resolutoria de los puestos y centros de salud, para que realicen pruebas rápidas de malaria, sífilis, embarazo, HIV, dengue y otras pruebas de laboratorio, así como equipos de ayuda diagnóstica y pruebas de laboratorio necesarias según la situación epidemiológica de la población.

8.5. Intercambio de saberes y conocimientos permanentes entre los agentes médicos tradicionales de las comunidades indígenas con el objeto de aumentar la capacidad resolutoria de estos para los eventos presentados en sus territorios.

8.6. La red de servicios de salud será administrada por la Secretaría de Salud y por la Institucionalidad Indígena en Salud, con alta capacidad resolutoria, para lo cual contarán con equipamiento y recurso humano capacitado, así como el apoyo de telemedicina.

8.7. Cada nivel de prestación contará con responsables del trabajo intramural y extramural, combinando las prestaciones intramurales y extramurales con equipos móviles que se desplazan en su área de influencia.

8.8. Sin detrimento de la calidad de los servicios de salud, se adaptarán las normas de habilitación, según los lineamientos que para tal fin, disponga el Ministerio de Salud y Protección Social, orientados a garantizar la resolutoria en la prestación de servicios de salud en el departamento.

Parágrafo. El factor poblacional no será impedimento para que en los territorios indígenas donde no se cumpla el mínimo de población aquí definido, se construyan centros y puestos de salud que se requieran.

Artículo 9°. *Sistema de información.* El modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud debe implementar un sistema de información tomando en cuenta las particularidades étnicas y culturales de los pueblos indígenas del Guainía, con información étnica y morbimortalidad, con datos confiables y oportunos, con capacidad para articular la información familiar, comunitaria y étnica, que permita la toma de decisiones sobre el modelo de atención y la operación del aseguramiento en el nivel local y/o departamental. El sistema de información estará articulado al Sistema Integrado de Información del Nivel Nacional (Sispro), contará con unos formularios estándares, que se digitalizarán para lo cual se dispondrá en cada puesto, centro de salud y hospital, las herramientas tecnológicas que permita transferir los archivos en línea.

Artículo 10. *Del Talento Humano.* Para la implementación del modelo de atención en salud y de prestación de servicios de Salud, el departamento, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Institucionalidad Indígena en Salud, según las necesidades y requerimientos en salud, definirá los perfiles y competencias del talento humano que garanticen, la apropiación del modelo y su operativización, formulará un plan de formación, capacitación, utilizando estrategias de formación en servicio y formación regular para agentes médicos tradicionales indígenas en salud, auxiliares en salud pública, auxiliares de enfermería, técnicos, profesionales y especialistas y definirá incentivos que permitan la continuidad y permanencia del talento humano en la región.

Artículo 11. *Fuentes y flujo de recursos en el modelo de atención y prestación de servicios de salud.* El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) girará a la Entidad Promotora de Salud habilitada y a la red de prestadores de servicios de salud las UPC correspondientes a cada uno de sus afiliados de acuerdo con las reglas propias de cada régimen, con o sin situación de fondos, y según los términos pactados en el contrato de prestación de servicios, entre el asegurador y operador o prestadores, incluyendo mecanismos de pago por resultados en salud e incentivos.

La realización de actividades individuales y colectivas PIC, independientemente de su fuente, se articularán y se contratarán con la red de prestadores y, en los territorios indígenas, con la Institucionalidad Indígena en Salud y su control de ejecución se manejarán en cuentas independientes, conforme a la normatividad vigente.

Artículo 12. *Esquemas de contratación y pago entre asegurador y prestador.* Las formas de contratación y mecanismos de pago deberán tener como objeto el cumplimiento del modelo de atención y prestación de servicios establecidos en el presente decreto. Adicionalmente, los mecanismos de pago deberán asegurar el flujo eficiente y oportuno de los recursos a los prestadores de salud, los cuales deberán tener en cuenta que el pago se condicionará al desempeño y resultados en salud, de acuerdo con los parámetros que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

### CAPÍTULO III

#### Operación del aseguramiento

Artículo 13. *Del aseguramiento en el departamento de Guainía.* Para fortalecer la operación del aseguramiento y garantizar, a través del modelo de atención y prestación de servicios, el acceso efectivo a la salud en el departamento de Guainía, la SNS autorizará por un período de cinco (5) años, prorrogable por el mismo término, a la EPS habilitada, que resulte ganadora en el proceso de convocatoria de que trata el artículo 15 del presente decreto, para que opere ambos regímenes.

Parágrafo. La determinación de la prórroga de la autorización de la EPS deberá ser resuelta por la SNS con una antelación no inferior a seis (6) meses, previos al vencimiento de la autorización inicial.

Artículo 14. *Información previa a la convocatoria.* El departamento de Guainía, en coordinación con la Institucionalidad Indígena en Salud, deberá entregar al Ministerio de Salud y Protección Social, de manera previa a la convocatoria, un diagnóstico completo de la red de prestadores en relación con la capacidad real de oferta de servicios de salud, el recurso humano contratado, su situación financiera, sus pasivos laborales, la forma en que se va a garantizar el pago de los pasivos, los planes de inversión y la disponibilidad de recursos de orden nacional o territorial para inversión. Copia de este documento estará disponible para las EPS que estén interesadas.

Artículo 15. *Reglas para la autorización de la entidad a cargo del aseguramiento en el departamento.* La convocatoria para el proceso de selección en el departamento de Guainía de la EPS, tendrá las siguientes reglas:

15.1 El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del mes siguiente a la entrega de la información de que trata el artículo 14 del presente decreto, realizará una convocatoria pública nacional, conforme a los términos y condiciones que este defina, incluidos los requisitos que los participantes deberán demostrar para operar el modelo de atención y de prestación del servicio de salud, construidos en coordinación con el delegado por las autoridades indígenas, para seleccionar la EPS que va a operar el modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud y administrar el riesgo de los afiliados pertenecientes al régimen subsidiado y a aquellos afiliados del régimen contributivo que quieran ingresar a la misma.

15.2 Podrán participar en la convocatoria:

– Las EPS habilitadas para operar en el departamento de Guainía.

– Las EPS habilitadas en otras entidades territoriales.

– Las EPS que manifiesten por escrito su interés en asociarse para presentarse a la convocatoria.

– El departamento de Guainía, haciendo uso de los instrumentos jurídicos previstos en la normativa vigente, si decide asociarse con una o varias EPS habilitadas.

El Ministerio solicitará la constitución de garantías por parte de los participantes en la convocatoria.

Las EPS que se presenten a la convocatoria deben estar habilitadas en alguno de los dos regímenes y no encontrarse con medida de intervención por parte de la SNS.

15.3 El Ministerio de Salud y Protección Social, con la instancia representativa de los pueblos indígenas del departamento, realizará la evaluación de la EPS y enviará una lista según el puntaje obtenido a la SNS con el fin de llevar a cabo el proceso de autorización, con quien haya obtenido el mayor puntaje, en primer lugar, y en su defecto con el segundo y así sucesivamente. El proceso no se afectará por la existencia de un único participante.

15.4 La SNS en ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control, podrá revocar la autorización de la EPS en cualquier momento, en caso de que se presente el incumplimiento en la operación del aseguramiento y el modelo de atención en salud, de que trata el presente decreto. También se revocará la autorización en el caso de perder la habilitación.

En los casos de revocación de autorización de la EPS, la SNS podrá solicitar que se adelante un nuevo proceso de convocatoria o hacer uso de la lista de elegibles, respetando el orden, para autorizar otra. En este último caso, la EPS de la lista de elegibles deberá manifestar ante la Superintendencia su interés de operar el presente modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud en el departamento del Guainía. Para tal fin, dicha entidad podrá solicitar la actualización de la información para la verificación de los requisitos.

Parágrafo. En todo caso, la participación de la Institucionalidad Indígena en Salud en el proceso de selección de la EPS será de carácter obligatorio, de conformidad con el artículo 17 de la Ley 691 de 2001.

Artículo 16. *Traslado de usuarios.* Una vez autorizada la EPS, la SNS diseñará un mecanismo de traslado de la población afiliada al régimen subsidiado cuya ejecución no podrá superar un plazo de seis (6) meses contados a partir de la autorización. En todo momento deberá garantizarse la continuidad de los tratamientos en curso.

Parágrafo. La población afiliada al régimen contributivo podrá optar por trasladarse a esa EPS.

### CAPÍTULO IV

#### Red de Prestación de Servicios

Artículo 17. *Organización de la Red de Prestadores.* Para la operación del modelo de atención en salud y prestación de servicios en salud que se establece en el presente decreto, el departamento de Guainía y la Institucionalidad Indígena en Salud presentará al Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del mes siguiente a la publicación del presente acto, una propuesta de organización de la red de prestadores en la que se incluya el(los) hospital(es) universitario(s), o de alta complejidad, para la respectiva viabilidad, que aseguren la resolutoria y completitud de la atención.

Parágrafo. Con el objeto de garantizar la operación del modelo de prestación de servicios de salud, la ESE podrá operar mediante contratación con terceros en los términos del artículo 59 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con la Sentencia C-171 de 2012, especialmente en todos los aspectos del modelo de atención incluidos en el capítulo segundo del presente decreto, con una entidad reconocida técnica y financieramente o con la Institucionalidad Indígena en Salud, siempre que cumpla con dichos requisitos, y en el desarrollo e implementación de la estrategia de APS y actividades de promoción y prevención cuantificables y medibles.

Artículo 18. *Financiación de las Empresas Sociales del Estado.* El departamento de Guainía deberá estimar la necesidad de recursos para el mantenimiento de sus institucio-

nes en aquellos servicios que no son sostenibles únicamente con la venta de servicios, de acuerdo con la metodología establecida en la Resolución número 4015 de 2013 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Los recursos del Sistema General de Participaciones para atención de lo no cubierto con subsidios a la demanda, se asignarán por el Conpes teniendo en cuenta la necesidad de recursos y la disponibilidad de los mismos.

Conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, el departamento definirá un sistema de pago a los prestadores de servicios de salud de los servicios de salud no cubiertos con los subsidios a la demanda, en el cual el pago efectivo se realice contra el cumplimiento de metas y resultados en salud.

#### CAPÍTULO V

##### Disposiciones finales

Artículo 19. *Auditoría Externa.* Para la aplicación del presente decreto, entiéndase por auditoría para el seguimiento de la operación del modelo de atención y prestación de servicios de salud, así como del aseguramiento en el departamento de Guainía, el proceso de seguimiento y control que de forma permanente y sistemática debe realizar el Ministerio de Salud y Protección Social, de manera directa o a través de la entidad que se contrate para el efecto.

La auditoría deberá ser técnica y financiera, y hará seguimiento y evaluación a los indicadores de proceso y resultados en salud, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y el resultado y seguimiento de dicha auditoría, deberá remitirse mensualmente al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud y será la base para la definición de los mecanismos de pago por resultados en salud, tanto al asegurador, como a los prestadores de servicios de Salud.

La auditoría, deberá propender por una mejora continua en el SGSSS, sin perjuicio de las competencias de la entidad territorial y de los organismos de inspección, vigilancia y control. El Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la implementación de los modelos y los resultados en materia de acceso a los servicios de salud.

Artículo 20. *Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.* Para el cumplimiento de las disposiciones previstas en el presente decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la composición, funciones y otros aspectos operativos del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud del departamento de Guainía. La Institucionalidad Indígena en Salud hará parte de dicho Consejo y su participación será proporcional a la relación entre población total del departamento y población indígena.

Artículo 21. *Comités de Participación Indígena (COPAI).* Para efectos de garantizar la participación real y efectiva de las comunidades indígenas en los procesos en salud del departamento, se conformarán comités por cuencas hidrográficas. El departamento, de manera concertada con la Institucionalidad Indígena en Salud, establecerá su conformación de acuerdo con lo previsto en el Decreto número 1757 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Artículo 22. *Inspección, vigilancia y control.* Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control de lo dispuesto en el presente decreto, la SNS diseñará y aplicará los procedimientos de supervisión necesarios para realizar el seguimiento de la operación del modelo de atención en salud y prestación de servicios de salud, así como de la operación del aseguramiento.

Parágrafo. El resultado del seguimiento en los aspectos considerados en el presente artículo, determinarán la continuidad de la EPS autorizada en el departamento de Guainía.

Artículo 23. *Integración e interpretación normativa.* En lo no dispuesto en el presente decreto y en cuanto no se opongan a lo aquí previsto, se aplicarán las normas previstas en el SGSSS, la Ley 21 de 1991 y la Ley 691 de 2001 y se interpretarán de conformidad con la jurisprudencia sobre la materia.

Artículo 24. *Vigencia.* El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación. Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 12 de diciembre de 2014.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

El Ministro de Salud y Protección Social,

*Alejandro Gaviria Uribe.*

### DECRETO NÚMERO 2562 DE 2014

(diciembre 12)

*por el cual se reglamenta el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 en cuanto a los recursos correspondientes a la vigencia 2012.*

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial, las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, y

#### CONSIDERANDO:

Que la Ley 1438 de 2011 reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en su artículo 46 dispuso: “Sin perjuicio de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se destinará un cuarto (¼) de punto porcentual de la contribución parafiscal, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las Cajas de Compensación Familiar, a atender acciones de promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la unificación de los Planes de Beneficios, de forma concertada entre el Gobierno Nacional y las Cajas de Compensación Familiar, conforme al reglamento.

(...)

*Parágrafo 2°. Los recursos del cuarto de punto porcentual (¼) de la contribución parafiscal que trata el presente artículo serán administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar y harán parte de las deducciones previstas en el parágrafo del artículo 217258 la Ley 100 de 1993”;*

Que el referido artículo 46 se reglamentó mediante el Decreto número 2687 de 2012 y posteriormente este decreto fue demandado por las Cajas de Compensación Familiar (CCF) en razón a que no había habido concertación en su proceso de elaboración y los recursos no eran administrados en ningún caso por las Cajas. El Consejo de Estado en fallo del 7 de abril de 2014 anuló el referido decreto aceptando los dos cargos presentados por las Cajas de Compensación Familiar (CCF);

Que en razón a la decisión judicial era necesario dar certeza sobre las condiciones de la destinación de los recursos de las Cajas de Compensación Familiar (CCF) para la vigencia 2012, por lo que el Gobierno Nacional representado por los Ministerios de Salud y Protección Social y del Trabajo, y las Cajas de Compensación Familiar (CCF) representadas por los gremios que las agrupan según poderes conferidos expresamente para el efecto, concertaron las disposiciones contenidas en el presente decreto de conformidad con el ya citado artículo 46 de la Ley 1438 de 2011,

#### DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* El presente decreto tiene por objeto reglamentar la destinación de los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 correspondiente a la vigencia 2012.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* El presente decreto está dirigido a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y a los entes territoriales en los cuales se pretenda ejecutar los recursos.

Artículo 3°. *Destinación de los recursos.* Los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 correspondientes al recaudo efectivo de la vigencia 2012 se destinarán así:

1. El cincuenta por ciento (50%) a la financiación de la continuidad de la unificación de planes de beneficios. Estos recursos serán administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar que operan el Régimen Subsidiado de Salud.

2. El restante cincuenta por ciento (50%) en cualquiera de los siguientes programas de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, así:

- Prevención y control de deficiencias de micronutrientes;
- Servicios Amigables para Adolescentes;
- Servicios de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado;
- Servicios de la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas;
- Prevención y mitigación de las enfermedades cardiovasculares.

Parágrafo 1°. Las entidades que decidan no operar los programas a que hace referencia el numeral 2 de este artículo, girarán al Fosyga - Subcuenta de Promoción de la Salud, dentro del mes siguiente a la vigencia del presente decreto, los recursos recaudados en la vigencia 2012, para que sean distribuidos por el Ministerio de Salud y Protección Social entre las Cajas de Compensación Familiar que hayan manifestado su voluntad de ejecutar estos programas.

Parágrafo 2°. Los programas de promoción y prevención a que hace referencia este artículo se entenderán adicionales a las actividades de promoción y prevención que se deben financiar con los recursos de UPC que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las EPS y a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que participan en el aseguramiento en salud. Los servicios que se presten con ocasión de estos programas no generarán para el beneficiario cobro de copagos, cuotas moderadoras o cualquier otro recurso a cargo de los beneficiarios.

Parágrafo 3°. Las acciones de promoción y prevención a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo, se ejecutarán directamente por las Cajas de Compensación Familiar o las EPS en las cuales tengan participación las Cajas de Compensación Familiar, para lo cual, en los casos que corresponda se entenderán habilitadas para prestar dichos servicios.

Artículo 4°. *Esquema de compensación de los recursos consignados al Fosyga.* Las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que no operaban el Régimen Subsidiado en el año 2013 y que por consiguiente giraron la totalidad de los recursos recaudados junto con sus rendimientos e intereses de mora al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) -Subcuenta de Solidaridad, descontarán el 50% de los giros realizados frente a los recursos que en adelante deban consignar por concepto del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 y/o los establecidos por el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, comunicará a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) los valores a compensar de acuerdo con el recaudo efectivo de los recursos y los giros realizados al Fosyga; igualmente requerirá el giro de los recursos con sus respectivos rendimientos a las CCF que no administraban el Régimen Subsidiado y que no consignaron dichos recursos.

Artículo 5°. *Esquema de compensación de los recursos incluidos en la Liquidación Mensual de Afiliados.* Las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que operaron el Régimen Subsidiado en el año 2013 y que por consiguiente les fueron incluidos en la Liquidación Mensual de Afiliados de dicho año los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 correspondientes a la vigencia 2012, deberán presentar nuevamente el balance del año 2013, conforme lo establece el artículo 1° del Decreto número 3136 de 2011. Para el cálculo del balance deberán registrar en sus ingresos el 50% de los recursos recaudados en 2012 por concepto del artículo 46 de la Ley 1438. Para las CCF que presenten resultados deficitarios, el Ministerio de Salud y Protección Social compensará dichos valores frente a los recursos que deban destinar al régimen subsidiado.