

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* La presente resolución aplica al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las entidades territoriales, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o la entidad que haga sus veces, así como a las personas de que trata el Decreto 2487 de 2014, esto es, aquellas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos del artículo 164 de la Ley 1450 de 2011.

Artículo 3°. *Estructura y flujo de los datos de identificación.* El ICBF reportará a este Ministerio, a través del FTPS que dispondrá el Administrador Fiduciario del Fosyga o a quien haga sus veces, los datos de identificación de las personas de que trata el Decreto 2487 de 2014, en un listado censal con la estructura que se define en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

El ICBF reportará el listado censal el día 8 hábil de cada mes, a partir del mes siguiente a aquél en el que se publique la presente resolución, incluyendo siempre la totalidad de registros que lo conforman.

Artículo 4°. *Validación y disposición de la información del listado censal.* Este Ministerio, a través del Administrador Fiduciario del Fosyga o quien haga sus veces, validará la información reportada en el listado censal en cuanto a consistencia de datos y coherencia con las tablas de referencia y reglas del aseguramiento en salud.

Dentro de los 2 días siguientes al recibo del listado censal, el Ministerio de Salud y Protección Social informará al ICBF sobre las inconsistencias halladas, con el fin que esa entidad haga las correcciones del caso, y reporte nuevamente el listado censal completo el día 12 hábil del mismo mes.

Parágrafo 1°. El Administrador Fiduciario del Fosyga o quien haga sus veces, dispondrá para su consulta, a las Entidades Promotoras de Salud, el contenido de la tabla de referencia, resultante de la validación del listado censal remitido por el ICBF.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá a las entidades territoriales la información de la tabla de referencia de las personas de que trata el Decreto 2487 de 2014, con el fin de que gestione la afiliación de la totalidad de las personas allí reportadas.

Artículo 5°. *Aprobación de novedades a la EPS.* Las novedades de traslado, movilidad o reactivación de la afiliación de las personas de que trata el Decreto 2487 de 2014, que sean presentadas por las EPS, serán verificadas por el Administrador Fiduciario del Fosyga o a quien haga sus veces contra la tabla de referencia del respectivo mes.

Artículo 6°. *Responsabilidad de la información.* Corresponde a las personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos del artículo 164 de la Ley 1450 de 2011, garantizar la idoneidad y veracidad de la información sobre sus datos personales, así mismo, corresponde al ICBF la responsabilidad de verificar los supuestos que determinan la inclusión de una persona en el listado censal, así como la garantía de la calidad de los datos registrados y reportados a este Ministerio.

Artículo 7°. *Tratamiento de la información.* Las entidades que participen en el reporte, flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes 1581 de 2012 y 1712 de 2014, el Decreto 1377 de 2013 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tienen acceso.

Artículo 8°. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación. Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 11 de mayo de 2015.
El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

ANEXO TÉCNICO

El ICBF debe enviar al Administrador Fiduciario del Fosyga o quien haga sus veces, la información del listado censal conforme lo establece la presente resolución, de acuerdo con la siguiente estructura:

1. Estructura y especificaciones del archivo de datos

Código	Nombre del Campo	Longitud	Valores Permitidos
1	Tipo de documento	2	CC CE
2	Número de identificación	16	
3	Primer apellido	20	En mayúsculas
4	Segundo apellido	30	En mayúsculas
5	Primer nombre	20	En mayúsculas
6	Segundo nombre	30	En mayúsculas
7	Fecha de nacimiento	10	Formato AAAA-MM-DD
8	Sexo	1	M Masculino F Femenino
9	Código del departamento de residencia	2	Codificación DANE
10	Código del municipio de residencia	3	Codificación DANE

Código	Nombre del Campo	Longitud	Valores Permitidos
11	Zona de residencia	1	U Urbana R Rural
12	Tipo de población especial del Régimen Subsidiado.	2	23 Ex madre comunitaria

2. Características de los archivos planos

Los archivos deben ser tipo texto y cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

- a) Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt
- b) Los nombres de archivos y los datos de los mismos deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes, excepto los que estén registrados en el documento físico de identidad.
- c) El separador de campos debe ser pipe (|) y debe ser usado exclusivamente para este fin. Los campos que corresponden a descripciones no deben incluir el carácter especial coma (,).
- d) Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (") ni ningún otro carácter especial.
- e) Los campos numéricos deben venir sin ningún formato de valor ni separación de miles. Para los campos que se permita valores decimales, se debe usar el punto como separador de decimales.
- f) Los campos de tipo fecha deben venir en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guion, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos.
- g) Las longitudes de campos definidas en los registros de control y detalle de este anexo técnico se deben entender como el tamaño máximo del campo, es decir que los datos pueden tener una longitud menor al tamaño máximo.
- h) Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto **no se les debe completar** con ceros ni espacios.
- i) Tener en cuenta que cuando los códigos traen CEROS, estos no pueden ser remplazados por la vocal 'O' la cual es un carácter diferente a cero.
- j) Los archivos planos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de final de registro. Se utiliza el ENTER como fin de registro.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 1536 DE 2015

(mayo 11)

por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente de las conferidas en los artículos 173 de la Ley 100 de 1993, 42 de la Ley 715 de 2001, el Decreto-ley 4107 de 2011 y los artículos 2° y 4° de la Resolución 1841 de 2013, y

CONSIDERANDO:

Que en virtud de lo establecido en el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 este Ministerio expidió la Resolución 1841 de 2013, que adoptó el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, que constituye la política sectorial, transectorial y comunitaria de salud pública, en la cual se definen los objetivos, metas estratégicas, dimensiones (prioritarias y transversales), componentes, metas sanitarias, estrategias, líneas de acción, recursos y responsables de la salud pública en el país.

Que los artículos 2° y 4° de la precitada resolución, disponen que le corresponde a este Ministerio establecer las directrices y lineamientos para que las entidades territoriales, adapten y adopten en cada cuatrienio, los contenidos establecidos en el PDSP 2012-2021 a través del Plan Territorial de Salud, así como definir la metodología para el monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud, respectivamente.

Que de otra parte, este Ministerio expidió la Resolución 4015 de 2013, que estableció la metodología para la elaboración de los Planes Financieros Territoriales de Salud, en cuyo anexo técnico se señala que las prioridades en salud pública serán definidas por la entidad territorial a partir del Análisis de Situación de Salud (ASIS), bajo el modelo de determinantes de la salud, adoptado por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012- 2021.

Que el artículo 11 del Acuerdo 117 de 1998, define como responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de ambos regímenes y demás Administradoras de Planes de Beneficios, establecer los mecanismos necesarios para identificar los riesgos en su población afiliada, con el fin de direccionar las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Que para la elaboración de los Planes Territorial de Salud y Operativo Anual de Inversiones, las entidades territoriales deben tener en cuenta lo definido en el artículo 3° de la Ley 152 de 1994 y lo señalado al respecto, en el Estatuto Orgánico de Presupuesto y en el estatuto de presupuesto territorial.

Que en desarrollo de lo previsto en el artículo 45 de la precitada ley, los gobernadores y alcaldes deberán adelantar las acciones correspondientes para hacer consistente el respectivo Plan de Desarrollo Territorial con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Que el artículo 480 de la Ley 9ª de 1979, señala que el hoy Ministerio de Salud y Protección Social, reglamenta los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad de la información epidemiológica del país, que articulada con lo previsto en el artículo 112 de la Ley 1438 de 2011, deberá disponerse, integrarse y administrarse a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro).

Que el Comité de Apoyo Técnico de la Política de Rendición de Cuentas elaboró el documento denominado “*Manual Único de Rendición de Cuentas*” el cual contiene los presupuestos para realizar el proceso de rendición de cuentas a los ciudadanos y a los demás sectores sociales.

Que este Ministerio ha dispuesto la “*Estrategia PASE a la Equidad en Salud*” y las guías “*Conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales*” y la “*Conceptual y metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud*”, como herramientas para elaborar la priorización en salud pública, la caracterización de la población y el análisis de situación de salud, en cada entidad territorial.

Que en virtud de lo anterior, es pertinente establecer disposiciones que permitan la planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales, así como definir la metodología para el monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud (PTS).

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. *Objeto y campo de aplicación.* La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal, así como de las instituciones del gobierno nacional; igualmente, establecer las obligaciones que para contribuir con este propósito, deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), que serán de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias, por lo que deben acoger e integrar los insumos que permitan su ejecución.

TÍTULO II

ASPECTOS GENERALES SOBRE LA PLANEACIÓN INTEGRAL PARA LA SALUD

Artículo 2°. *Planeación integral para la salud.* Es el conjunto de procesos relacionados entre sí, que permite a las entidades territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud (PTS), bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad.

Artículo 3°. *Insumos para la planeación integral para la salud.* Los insumos de la Planeación Integral para la Salud, son:

3.1. Estratégicos: Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), Plan Nacional de Desarrollo (PND) y Plan de Desarrollo Territorial, Plan Territorial de Salud (PTS) inmediatamente anterior, Plan de Ordenamiento Territorial (POT).

3.2. Operativos: Plan Operativo Anual y de Inversiones (POAI) de la Entidad Territorial, Componente Operativo Anual y de Inversiones del Plan Territorial de Salud y Plan de Acción en Salud.

3.3. Financieros: Marco Fiscal de Mediano Plazo-MFMP, Plan Financiero Territorial de Salud (PFTS), Presupuesto y Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC).

Parágrafo. El Plan Financiero Territorial de Salud aplica únicamente a los departamentos y distritos.

Artículo 4°. *Autoridades responsables de la planeación integral para la salud.* Son autoridades responsables de la planeación integral para la salud en el territorio:

- 4.1. El Alcalde o Gobernador.
- 4.2. Asambleas Departamentales, Concejos Municipales y Distritales.
- 4.3. La Secretaría, Departamento Administrativo u Oficina de Planeación.
- 4.4. La Entidad Territorial de Salud.
- 4.5. El Consejo Territorial de Planeación.

Artículo 5°. *Responsabilidades de las autoridades de planeación integral para la salud.* Las autoridades responsables de la planeación integral para la salud, deben:

- 5.1. Dirigir y orientar los procesos de planeación.
- 5.2. Convocar la participación de las instancias consultivas de planeación.
- 5.3. Definir, organizar y coordinar la participación de los actores sectoriales, transectoriales y comunitarios para la formulación del Plan Territorial de Salud.
- 5.4. Asegurar que el Plan Territorial de Salud esté armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública, el Marco Fiscal de Mediano Plazo, el Plan Financiero Territorial de Salud y el presupuesto.
- 5.5. Articular el Plan Territorial de Salud con los respectivos Planes de Desarrollo Territorial y de Ordenamiento Territorial y los demás planes del territorio.
- 5.6. Realizar el monitoreo y evaluación a la ejecución y al cumplimiento del plan territorial de salud.
- 5.7. Realizar la rendición de cuentas en salud.

Parágrafo. Para la planeación integral para la salud, los responsables deberán consultar a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y los Consejos de Política Social y aportarán a esta de acuerdo con sus competencias y normatividad vigente.

TÍTULO III

CONTENIDOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Artículo 6°. *Plan Territorial de Salud (PTS).* Es el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública:

- i) Equidad en salud;
- ii) Afectación positiva de los determinantes de la salud;
- iii) Mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad, todo ello en la búsqueda de alcanzar la visión de paz, equidad social y desarrollo humano sostenible y sustentable.

Parágrafo. El Plan Territorial de Salud debe ser formulado de manera participativa y teniendo en cuenta las políticas públicas y sociales del territorio, buscando impactar positivamente los determinantes de la salud.

Artículo 7°. *Contenidos del plan territorial de salud.* El Plan Territorial de Salud debe incluir los siguientes contenidos:

- 7.1. Análisis de Situación de Salud (ASIS), bajo el modelo de determinantes de la salud.
- 7.2. Priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, demás EAPB y ARL.
- 7.3. Priorización en salud pública.
- 7.4. Componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud.

CAPÍTULO I

Análisis de situación de Salud bajo el modelo de determinantes de la salud

Artículo 8°. *Análisis de Situación de Salud (ASIS).* El análisis de situación de salud se define como una metodología analítica-sintética que comprende diversos tipos de modelos explicativos, los cuales permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio e identificar los riesgos y los determinantes de la salud que los generan.

Artículo 9°. *Responsables de la elaboración del Análisis de Situación de Salud.* Las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal son responsables de elaborar el Análisis de Situación de Salud bajo el modelo de determinantes de la salud con los procedimientos y las herramientas definidas por este Ministerio.

Para la elaboración de los ASIS, las entidades territoriales deberán utilizar la “*Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales*”, establecida por este Ministerio.

Artículo 10. *Contenidos del Análisis de Situación de Salud.* El Análisis de Situación de Salud deberá tener los siguientes contenidos:

- 10.1. La caracterización de los contextos territorial y demográfico.
- 10.2. Los efectos sobre la salud o el daño en salud, que involucren la morbilidad y la mortalidad.
- 10.3. Los determinantes de la salud.
- 10.4. La priorización de los efectos, factores de riesgo y determinantes.

Artículo 11. *Periodicidad del Análisis de Situación de Salud.* Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales realizarán el Análisis de Situación de Salud ASIS, con la siguiente periodicidad:

- 11.1. El ASIS general con sus anexos de ASIS en profundidad para cada dimensión del PDSP, cada cuatro (4) años, de acuerdo con la metodología definida por este Ministerio.
- 11.2. Actualización del ASIS general, anualmente.

CAPÍTULO II

Caracterización de la población

Artículo 12. *Caracterización poblacional.* La caracterización poblacional se define como una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que comprende diversos tipos de modelos explicativos que permiten identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) contempladas en los Planes de Beneficios.

Artículo 13. *Responsables de la elaboración de la caracterización poblacional.* Las Entidades Promotoras de Salud EPS, demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) son responsables de elaborar la caracterización poblacional de toda la población a su cargo, todos los años.

Artículo 14. *Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.* Las EPS y las demás EAPB, son responsables de:

- 14.1. Realizar la caracterización poblacional por cada municipio, distrito y departamento donde tenga afiliados y enviar la información al Ministerio de Salud y Protección Social en el anexo técnico definido para tal fin, a través de la plataforma Pisis del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO y que esté disponible para las entidades territoriales de salud y los organismos de control.
- 14.2. Diseñar y ejecutar en acuerdo con las IPS, las estrategias de demanda inducida para garantizar la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública, ajustados a las prioridades territoriales en materia de salud pública.
- 14.3. Realizar las acciones de gestión de riesgo individual de sus afiliados.

14.4. Concertar acciones conjuntas acordes con las prioridades del Plan Territorial de Salud, en articulación con las entidades territoriales de salud, departamentales y distritales, en el marco de sus competencias.

Artículo 15. *Responsabilidades de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).* Las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), son responsables de:

15.1. Realizar la caracterización de la población trabajadora ubicada por cada departamento, distrito y municipio donde tenga afiliados y enviar la información al Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la plataforma habilitada de Pisis, para ser integrada al sistema de información en salud SISPRO y disponible para las entidades territoriales.

15.2. Realizar las acciones de gestión de riesgo individual de sus afiliados de origen laboral, tales como actividades de promoción y prevención, ampliación de cobertura y asistencia técnica conforme a la normatividad vigente.

15.3. Concertar acciones conjuntas acordes con las prioridades del Plan Territorial de Salud, en articulación con las entidades territoriales de salud, departamentales y distritales en el marco de sus competencias.

Artículo 16. *Responsabilidades de las entidades territoriales en el uso de la caracterización de la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).* Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales bajo el principio de complementariedad y concurrencia definido en el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, son responsables en el marco de la planeación territorial de:

16.1. Tomar la información del Sistema de Información de la Protección Social (Sispro) relacionada con los datos y los resultados de la caracterización poblacional de EPS y demás EAPB y ARL, para los asuntos de su competencia.

16.2. Integrar al ASIS territorial, la información resultante de la caracterización de la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) de su jurisdicción, en el marco de sus competencias.

16.3. Integrar al proceso de formulación del Plan Territorial de Salud, la priorización resultante de la caracterización poblacional realizada por las EPS, EAPB y ARL que operan en su jurisdicción.

16.4. Coordinar su participación articulada, mediante acciones contempladas en los planes de beneficios, en las estrategias y acciones de promoción de la salud y gestión integral del riesgo en salud, definidas por el territorio.

16.5. Programar en la línea operativa de gestión de la salud pública, las acciones de coordinación, asistencia técnica, gestión programática, vigilancia y seguimiento en el ámbito de su competencia dirigida a las EPS, EAPB y ARL.

16.6. Acompañar y apoyar a cada una de las EPS, demás EAPB y ARL, en la revisión de las acciones e intervenciones que deben garantizar en los municipios y distritos a su población afiliada, en ejercicio de sus competencias y de su función de asistencia técnica.

Artículo 17. *Contenidos de la caracterización de la población.* La caracterización poblacional tiene los siguientes contenidos:

17.1. La identificación de los riesgos ex ante, los riesgos contingentes y riesgos ext post de la población afiliada mediante la aplicación de la metodología definida por este Ministerio.

17.2. El análisis demográfico, de morbilidad, de mortalidad y de los determinantes intermedios de la salud.

17.3. La priorización de los problemas en salud, los subgrupos poblacionales, las personas y los lugares.

17.4. La programación de las intervenciones de protección específica y detección temprana y de atención de las enfermedades de interés en salud pública y la gestión del riesgo, en el marco de sus responsabilidades, según la población estimada por cada riesgo ex ante y/o contingente, y/o ex post.

Parágrafo. Para la elaboración de la caracterización poblacional, las EPS, demás EAPB y ARL utilizarán la “Guía conceptual y metodológica para la caracterización poblacional” y los procedimientos y herramientas definidas por este Ministerio.

Artículo 18. *Periodicidad y flujo de información de la caracterización de la población.* Las EPS, demás EAPB y ARL, realizarán la caracterización poblacional con la siguiente periodicidad:

18.1. Un ejercicio nacional de caracterización de la población afiliada cada año, desagregando la información a escala departamental, distrital y municipal, en todos los municipios, donde haya al menos un (1) afiliado.

La periodicidad y flujo de información tendrá en cuenta lo siguiente:

18.1.1. Las EPS, demás EAPB y ARL deberán enviar la información de la caracterización de su población afiliada, a este Ministerio anualmente, el primer (1) día hábil del mes de septiembre a través de la plataforma Pisis del Sispro, para ser integrada al sistema de información en salud y disponerla a las Entidades Territoriales y a los Organismos de Control.

18.1.2. Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales a partir del primero (1°) de enero de cada año, podrán acceder a la información generada por las EPS, demás EAPB y ARL, que operan en su territorio, y así complementar la información para elaborar el plan de acción en salud.

Parágrafo. Este Ministerio tendrá disponible oportunamente en el Sispro, la información relacionada con los indicadores demográficos, de morbilidad y mortalidad de la población a cargo de las EPS, demás EAPB y las ARL la información de la población del territorio, para que estas puedan elaborar la caracterización poblacional.

CAPÍTULO III

Priorización en salud pública

Artículo 19. *Priorización en salud pública.* La priorización en salud pública se define como un orden jerárquico de importancia de las situaciones y circunstancias que afectan la salud en el territorio, frente a otras que compiten con él, por tanto, ameritan mayores esfuerzos para ser intervenidas desde la competencia del sector salud, los otros sectores y actores involucrados.

Artículo 20. *Responsables de la priorización en salud pública.* Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales son responsables de elaborar la priorización en salud pública.

Para elaborar la priorización en salud pública, las entidades territoriales utilizarán la metodología de la “Estrategia PASE a la Equidad en Salud” en los pasos (1) uno al (8) ocho de la ruta lógica y los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.

Artículo 21. *Contenidos de la priorización en salud pública.* La priorización en salud pública tiene los siguientes contenidos definidos en la metodología de la “Estrategia PASE a la Equidad en Salud” así:

21.1. Intensidad de la tensión.

21.2. Tendencia de la cronicidad de la tensión en el tiempo.

21.3. Tendencia del impacto de la tensión en el mediano y largo plazo.

21.4. Ingovernabilidad de la tensión en la Entidad Territorial.

21.5. Valoración final de la tensión (puntaje ordenado de mayor a menor).

Artículo 22. *Periodicidad de la priorización en salud pública.* Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales realizarán la priorización en salud pública cada cuatro (4) años y cargarán la información a través de la plataforma habilitada del Sispro, para ser integrada a dicho sistema.

CAPÍTULO IV

Componente estratégico y de inversión plurianual del Plan Territorial de Salud

Artículo 23. *Componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud.* El componente estratégico y de inversión plurianual está orientado a construir la visión prospectiva de la salud en el territorio, los objetivos, las metas y las estrategias vinculadas a las dimensiones prioritarias y transversales del PDSP, acordes con el análisis de situación de salud y la priorización en salud pública, con el fin de optimizar los recursos para transformarlos en bienes y servicios, agregándoles valor público y para proyectar los presupuestos plurianuales requeridos y sus fuentes, dentro de un marco que garantice la sostenibilidad fiscal y el logro de las metas a largo plazo a cargo de los responsables de la ejecución.

Artículo 24. *Responsables de elaborar el componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud.* Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales son responsables de elaborar el componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud.

Para elaborar el componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud, las entidades territoriales utilizarán la metodología de la “Estrategia PASE a la Equidad en Salud”, en los pasos nueve (9) y diez (10) de la ruta lógica y los procedimientos y las herramientas definidas por este Ministerio para tal fin.

Parágrafo. Los gobernadores y alcaldes como primera autoridad en salud del ente territorial deben garantizar la asignación de los recursos necesarios para la efectiva implementación del plan de salud de acuerdo con la planeación integral desarrollada.

Artículo 25. *Contenidos del componente estratégico y de inversión plurianual del plan territorial de salud.* El componente estratégico y de inversión plurianual del Plan Territorial de Salud, tendrá los siguientes contenidos:

25.1. Componente estratégico.

25.1.1. Visión compartida de largo plazo frente a la paz, equidad en salud y desarrollo humano sostenible y sustentable.

25.1.2. Desafíos.

25.1.3. Cadena de valor.

25.1.4. Objetivos estratégicos.

25.1.5. Metas estratégicas de mediano y largo plazo.

25.1.6. Retos y objetivos sanitarios por dimensiones y componentes.

25.1.7. Metas sanitarias de corto y mediano plazo por dimensiones y componentes e indicadores.

25.1.8. Estrategias por dimensiones y componentes.

25.2. Componente de Inversión Plurianual de Salud del Plan Territorial de Salud.

25.2.1. Programas, subprogramas y proyectos.

25.2.2. Proyección de recursos para financiar las estrategias del Plan Territorial de Salud para el cuatrienio y por anualidad.

25.2.3. Fuentes de recursos.

25.2.4. Responsable.

Parágrafo. El componente de inversión plurianual del plan territorial de salud, debe ser coherente y consistente con el Plan Financiero Territorial de Salud y hace parte integral del Plan Plurianual de Inversiones del Plan de Desarrollo Territorial.

Artículo 26. *Periodicidad de la planeación estratégica y de inversión plurianual del plan territorial de salud.* Las entidades territoriales departamentales, distritales y

municipales realizarán la planeación estratégica y de inversión plurianual cada cuatro (4) años en armonía con la agenda de planeación del Plan de Desarrollo Territorial.

Artículo 27. *Aprobación del plan territorial de salud.* El Plan Territorial de Salud por ser parte integral del Plan de Desarrollo Territorial, se aprobará de manera simultánea con este en las asambleas departamentales y concejos distritales y municipales y se cargará a través de la plataforma habilitada del SISPRO para ser integrado a dicho sistema, a más tardar el treinta (30) de junio de cada periodo de gobierno territorial, a partir del año 2016.

Parágrafo. La armonización del PTS de la vigencia actual con el Plan Decenal de Salud Pública en los departamentos y distritos, se cargará hasta el primero (1º) de junio de 2015. En los municipios, a más tardar el treinta (30) de julio de 2015.

TÍTULO IV

FORMULACIÓN DEL COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSIONES EN SALUD DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Artículo 28. *Contenido del componente operativo y de inversiones en salud del PTS.* El componente operativo y de inversiones es parte integral del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) de la entidad territorial y debe tener los siguientes contenidos:

- 28.1. Componente operativo y de inversiones en salud del PTS.
- 28.2. Plan de Acción en Salud.

CAPÍTULO I

Componente operativo y de inversiones en salud del Plan Territorial de Salud (PTS)

Artículo 29. *Componente operativo y de inversiones en salud del PTS.* El componente operativo y de inversiones en salud del PTS, está orientado a programar en cada anualidad los recursos financieros del sector salud, siendo consistentes con el componente estratégico, de inversión plurianual y el marco fiscal a mediano plazo, vinculando los programas y proyectos viabilizados en el plan de desarrollo, con los recursos de otros sectores que contribuyen afectar positivamente los determinantes de la salud.

Artículo 30. *Responsables de elaborar el componente operativo y de inversiones en salud del PTS.* Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales son responsables de elaborar el componente operativo y de inversiones en salud del PTS.

Para elaborar el componente operativo y de inversiones en salud del PTS, las entidades territoriales utilizarán la metodología de la “Estrategia PASE a la Equidad en Salud”, el paso uno (1) de gestión operativa y los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.

Artículo 31. *Contenidos del componente operativo y de inversiones en salud del PTS.* El componente operativo anual y de inversiones de salud tiene los siguientes contenidos:

- 31.1. Programas, subprogramas y proyectos.
- 31.2. Valor de la asignación del proyecto.
- 31.3. Fuentes de recursos.
- 31.4. Sector responsable.
- 31.5. Dimensiones y componentes.
- 31.6. Metas vinculadas al PDSP.
- 31.7. Estrategias por dimensiones y componentes.
- 31.8. Responsable del cumplimiento.

Parágrafo. Las estrategias definidas en este componente vincularán en el Plan de Acción en Salud, las intervenciones del PIC y de gestión de la salud pública.

Artículo 32. *Periodicidad del componente operativo y de inversiones en salud del PTS.* Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales realizarán el componente operativo anual y de inversiones de salud del PTS cada año en armonía con la agenda de planeación del plan de desarrollo territorial, cumpliendo con los tiempos definidos en el estatuto de presupuesto territorial.

Artículo 33. *Aprobación del componente operativo y de inversiones en salud del PTS.* El componente operativo anual y de inversiones de salud del PTS será aprobado de manera simultánea con el Plan Operativo Anual de Inversiones-POAI de la entidad territorial por ser parte integral del mismo, en las asambleas departamentales y concejos distritales y municipales y será cargado a través de la plataforma habilitada del SISPRO para ser integrada al sistema de información en salud.

CAPÍTULO II

Plan de Acción en Salud

Artículo 34. *Plan de Acción en Salud.* El plan de acción en salud está orientado a conectar en cada anualidad la programación de las intervenciones y actividades vinculadas a las estrategias, metas del plan operativo anual y de inversiones en salud con los respectivos recursos, fuentes de financiación y responsables, y con los resultados esperados en el componente estratégico y de inversión plurianual.

Artículo 35. *Responsables de elaborar el Plan de Acción en Salud.* Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales son responsables de elaborar el plan de acción en salud.

Para elaborar el plan de acción en salud, las entidades territoriales utilizarán la metodología de la “Estrategia PASE a la Equidad en Salud”, en el paso dos (2) de gestión operativa y los procedimientos y las herramientas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para tal fin.

Artículo 36. *Contenidos del Plan de Acción en Salud.* El plan de acción en salud tiene los siguientes contenidos:

- 36.1. Año de ejecución.

36.2. Dimensiones y componentes.

36.3. Metas vinculadas al PDSP.

36.4. Estrategias por dimensiones y componentes.

36.5. Intervenciones, metas, indicadores y recursos por líneas operativas.

36.5.1. Actividades:

36.5.2. Cantidad.

36.5.3. Unidad de medida.

36.5.4. Valor.

36.5.5. Responsable del cumplimiento.

Las intervenciones en salud deberán estar desagregadas por las líneas operativas del PDSP:

a) Promoción de la salud: Incorpora las acciones del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), actividades del Plan Obligatorio de Salud y de los otros planes de beneficios, así como las acciones intersectoriales y transectoriales, para el logro de resultados en salud.

b) Gestión de riesgo en salud: Incorpora las acciones del Plan Obligatorio de Salud relacionados con la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, la garantía del aseguramiento, la provisión adecuada de servicios de salud así como las acciones de inspección, vigilancia y control en cuanto a la prestación de servicios de salud a cargo de las Entidades Territoriales de Salud.

c) Gestión de la salud pública: Incorpora las acciones de planeación integral para la salud, gestión del conocimiento, desarrollo de capacidades, vigilancia en salud pública, gestión programática de la salud pública, gestión de insumos de interés en salud pública y las competencias a cargo de la autoridad sanitaria en materia de inspección, vigilancia y control de la salud pública.

Parágrafo. Las intervenciones incluidas en las líneas operativas de promoción de la salud, gestión de riesgo en salud y gestión de la salud pública, deben ser desarrolladas conforme lo establecido en las disposiciones y directrices definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y de acuerdo con las prioridades de la entidad territorial.

Artículo 37. *Periodicidad del Plan de Acción en Salud.* Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales elaborarán el plan de acción en salud anualmente, en armonía con la agenda del plan de desarrollo territorial.

Artículo 38. *Aprobación del Plan de Acción en Salud.* El plan de acción en salud será aprobado por el Consejo de Gobierno y se cargará a través de la plataforma habilitada del Sispro para ser integrado a dicho sistema, a más tardar el treinta (30) de enero de cada vigencia. En el primer año del mandato del gobierno elegido, se cargará una vez sea ajustado al presupuesto de la respectiva vigencia.

Parágrafo. El plan de acción en salud deberá estar armonizado con el respectivo Plan Financiero Territorial y el Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC) de la entidad territorial.

TÍTULO V

IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

Artículo 39. *Implementación del plan territorial de salud.* Se define como un proceso orientado a ejecutar las intervenciones, actividades y los recursos aprobados en el Plan de Acción en Salud, dentro del margen de tiempo definido para la operación.

Artículo 40. *Responsables de implementar el plan territorial de salud.* Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales son responsables de implementar el plan territorial de salud bajo el principio de concurrencia y subsidiariedad.

Los responsables en las entidades territoriales utilizarán los lineamientos, procedimientos y herramientas operativas definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en lo siguiente:

- 40.1. Promoción de la salud.
- 40.2. Gestión de riesgo en salud.
- 40.3. Gestión de la salud pública.

Parágrafo. Los responsables de implementar el Plan Territorial de Salud deben organizar los procesos y procedimientos que le permitan la gestión intersectorial y transectorial, utilizando los mecanismos, lineamientos y orientaciones definidas por la Comisión Intersectorial de Salud Pública.

TÍTULO VI

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Artículo 41. *Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Territorial de Salud (SME).* El sistema de monitoreo y evaluación de los planes territoriales de salud, se define como un conjunto de procedimientos y mecanismos integrados al Sispro orientado a reducir la variabilidad de los procesos de captura, procesamiento, análisis y entrega de información, que permitirá mediante salidas parametrizadas en forma de tablero de control, seguir el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas en cada una de las dimensiones del PDSP, apoyar la toma de decisiones en salud nacional, departamental, distrital y municipal y medir la gestión y los resultados obtenidos por los territorios, articulándose con el sistema de evaluación y calificación a que refiere la Ley 1438 de 2011.

La información requerida será obtenida de las fuentes de información ya existentes y dispuesta en el Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Territorial de Salud (SME) integrado al Sispro.

En caso de ser necesario, el Ministerio de Salud y Protección Social incorporará los datos que considere necesarios en las fuentes existentes o hará el requerimiento a las

entidades territoriales o instituciones de manera directa, bajo parámetros de seguridad, calidad y canales oficiales, con protección del “*habeas data*” conforme a los lineamientos de *gobierno en línea*.

Artículo 42. *Responsables y usuarios del Sistema de Monitoreo del Plan Territorial de Salud*. La administración del Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Territorial de Salud SME, estará a cargo de la Dirección de Epidemiología y Demografía y de la Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación, de este Ministerio.

Toda la información del SME estará disponible en el SISPRO y será la fuente única de consulta para los actores del SGSSS y los organismos de control.

Son usuarios del SME, las entidades territoriales, las EPS, demás EAPB y ARL y los organismos de control en el marco de sus competencias. Del mismo modo, serán usuarios del sistema, las IPS y los ciudadanos.

Artículo 43. *Contenidos del sistema de monitoreo y evaluación del plan territorial de salud*. El SME del PTS está compuesto por los siguientes módulos:

43.1.1. Comunicación.

43.1.2. Análisis de Situación de Salud y caracterización poblacional.

43.1.3. Componente estratégico y de inversión plurianual.

43.1.4. Componente operativo y de inversiones anual.

43.1.5. Monitoreo.

43.1.6. Evaluación.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los lineamientos, procedimientos, herramientas de acceso al Sispro, necesarios para la realización de los procesos del monitoreo y evaluación, de obligatorio cumplimiento para las entidades territoriales en salud, de acuerdo a sus competencias dentro de la línea de gestión de la salud pública y para los demás actores.

Artículo 44. *Periodicidad del monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública y de los Planes Territoriales de Salud*. El monitoreo y evaluación tendrá la siguiente periodicidad:

44.1. Cada año se generará de manera automática a través del SME la información del avance de las intervenciones aprobadas en el plan de acción en salud, por cada línea operativa y dimensiones del plan territorial de salud. Esta información deberá ser usada por la entidad territorial bajo los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

44.2. Cada dos (2) años se generará de manera automática a través del SME la información para la evaluación del avance en el cumplimiento de metas y objetivos sanitarios en cada una de las dimensiones y líneas operativas del PTS. Esta información deberá ser usada por la entidad territorial bajo los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

44.3. Cada diez (10) años el Ministerio de Salud y Protección Social, en el primer semestre del año siguiente al cierre del decenio, realizará la evaluación de impacto del PDSP.

Artículo 45. *Monitoreo del Plan Territorial de Salud*. Estará orientado a la verificación continua de la implementación del Plan de Acción, a través del análisis de ejecución trimestral.

Artículo 46. *Evaluación del Plan Territorial de Salud*. Es un proceso orientado a medir resultados, efectos e impactos sobre el goce efectivo del derecho a la salud, la afectación de los determinantes de la salud y el estado de salud de la población.

Artículo 47. *Responsables de implementar la evaluación del Plan Territorial de Salud*. Este Ministerio evaluará los Planes Territoriales de Salud con la colaboración de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las metodologías, procedimientos y herramientas necesarias para realizar el Monitoreo y Evaluación del PTS, utilizando la información dispuesta en el SME, las cuales serán de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades territoriales.

TÍTULO VII

RENDICIÓN DE CUENTAS EN SALUD

Artículo 48. *Rendición de cuentas en salud*. La rendición de cuentas en salud es un proceso de gestión pública, orientado a informar y explicar las acciones, actuaciones y logros obtenidos por los Gobernadores y Alcaldes en cada año de gobierno frente a la implementación de los Planes Territorial de Salud, Operativo Anual y de Inversiones en Salud y del Plan de Acción en Salud.

Artículo 49. *Responsables del proceso de rendición de cuentas en salud*. Los Gobernadores y Alcaldes son los responsables de realizar la rendición de cuentas en salud, para lo cual se apoyarán con la respectiva entidad territorial en salud.

Artículo 50. *Periodicidad de la rendición de cuentas en salud*. Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales realizarán al menos una (1) vez al año un ejercicio de rendición de cuentas en salud a los ciudadanos y a los demás sectores sociales.

Parágrafo. Las entidades territoriales al realizar el proceso de rendición de cuentas en salud de los avances de los planes territoriales de salud, a los ciudadanos y a los demás sectores sociales, deberán observar el documento “*Manual Único de rendición de Cuentas*” elaborado por el Comité de Apoyo Técnico de la Política de Rendición de Cuentas.

Artículo 51. *Vigencia y derogatorias*. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga la Resolución 425 de 2008.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 11 de mayo de 2015.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.
(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 0001537 DE 2015

(mayo 11)

por la cual se determinan las especificaciones técnicas para la consulta en línea de forma masiva, de la fe de vida o supervivencia de las personas y el mecanismo de transferencia de los archivos.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en el numeral 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 112 de la Ley 1438 de 2011, el numeral 12 del artículo 6° del Decreto-ley 4107 de 2011, el artículo 4° del Decreto 1450 de 2012 y en desarrollo del artículo 21 del Decreto-ley 019 de 2012, y

CONSIDERANDO:

Que la verificación de la supervivencia de una persona, a partir del 1° de julio de 2012, se hará consultando únicamente las bases de datos del Registro Civil de la Registraduría Nacional del Estado Civil, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 21 del Decreto-ley 019 de 2012 y que en consecuencia a partir de esa fecha no se podrán exigir certificados de la fe de vida o supervivencia de una persona.

Que la mencionada norma ordena que las entidades deban verificar la fe de vida o supervivencia de las personas mediante consulta en línea y para tal efecto, la Registraduría Nacional del Estado Civil interoperará la base de datos del Registro Civil de Defunción con el sistema de información del Ministerio de Salud y Protección Social y con las que defina el Gobierno Nacional.

Que el Decreto 1450 de 2012 reguló el procedimiento y competencias establecidas en los artículos 21 y 22 del Decreto-ley 019 de 2012, para efectos de la acreditación de la supervivencia dentro del territorio nacional y la de los connacionales en el exterior.

Que en cumplimiento del literal g) del artículo 4° de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, deben adoptarse las medidas técnicas para otorgar seguridad a los registros, evitando su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento, restringiendo la entrega de datos de las personas no fallecidas conforme a la consulta de la información dispuesta por la Registraduría Nacional de Estado Civil a este Ministerio.

Que es necesario determinar las especificaciones técnicas a las que deberá supeditarse la consulta en línea del Sistema de Información de este Ministerio por parte de las diferentes entidades que en el marco de sus funciones deban verificar la supervivencia de las personas.

Que igualmente es necesario que se adopte la plataforma de integración de datos – Pisis del Sistema de Información de la Protección Social (Sispro) como mecanismo de transferencia de archivos en forma segura.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Objeto*. La presente resolución tiene por objeto determinar las especificaciones técnicas para la consulta en línea, de forma masiva, de la fe de vida o supervivencia de las personas, de acuerdo con la información dispuesta por la Registraduría Nacional de Estado Civil y adoptar el mecanismo para la transferencia de los archivos especificados en los mismos a través de la plataforma de Integración de datos – Pisis del Sistema de Información de la Protección Social (Sispro).

Artículo 2°. *Modalidades de consulta en línea*. Las entidades podrán verificar la fe de vida o supervivencia de las personas de forma individual o masiva, así:

1. En forma individual, registro a registro, a través de la consulta en línea vía Internet, que dispondrá la Registraduría Nacional del Estado Civil en la página Web www.registraduria.gov.co;

2. En forma masiva, es decir, múltiples registros a la vez, a través del sistema de información de este Ministerio, teniendo en cuenta el anexo técnico a que se hace referencia el presente acto.

La información contenida en el archivo de respuesta a la consulta masiva que dispondrá el Sistema de Información del Ministerio de Salud y Protección Social, corresponderá a la información de las bases de datos del Registro Civil de Defunción y del Archivo Nacional de Identificación, dispuestas y administradas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Artículo 3°. *Implementación y puesta en operación del anexo técnico para consultar de forma masiva la fe de vida o supervivencia de las personas*. El anexo técnico que forma parte integral de la presente resolución, será implementado a partir del 1° de julio de 2015.

Parágrafo. En el evento en que el reportante no se haya registrado en la plataforma de Integración de datos – Pisis del Sistema de Información de la Protección Social (Sispro), deberá efectuar el registro de su entidad y realizar la solicitud de los usuarios correspondientes, a partir del 15 de junio de 2015.

Artículo 4°. *Tratamiento de la información*. Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el Decreto 1377 de 2013 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en