

RESOLUCIÓN NÚMERO 00000427 DE 2016

(febrero 16)

por la cual se define el porcentaje de los rendimientos financieros de la cuenta maestra de recaudo de cotizaciones en salud, a apropiarse para todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC).

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones reglamentarias, en especial, de las conferidas por el artículo 25 del Decreto 4023 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que mediante Decreto 4023 de 2011 se reglamentó el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

Que de conformidad con lo establecido en su artículo 25 del referido decreto, corresponde a este Ministerio definir el porcentaje de los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas, dentro del límite del setenta por ciento (70%), del que podrán apropiarse en cada semestre las EPS y las EOC, para financiar la gestión de cobro de las cotizaciones, las actividades asociadas al manejo de la información sobre el pago de aportes y los servicios financieros asociados al recaudo.

Que a través de la Resolución 2638 de 2015, se definió el porcentaje de los rendimientos financieros de la cuenta maestra de recaudo de cotizaciones en salud, a apropiarse para todas las EPS y EOC, aplicable durante el segundo semestre de 2015, por lo que expirada su vigencia, resulta necesario definir el porcentaje que se aplicará para el primer semestre de 2016.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Definir en setenta por ciento (70.0%) el porcentaje de los rendimientos financieros de las cuentas maestras de recaudo de cotizaciones en salud, a apropiarse para todas las EPS y EOC, durante el primer semestre de 2016.

Parágrafo. El porcentaje de los rendimientos financieros de las cuentas maestras de recaudo de cotizaciones en salud, a apropiarse para todas las EPS y/ EOC que se encuentren en proceso de liquidación y por el periodo en que este se extienda, será del veinte por ciento (20%).

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Dada en Bogotá, D. C., a 16 de febrero de 2016.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

(C. F.)

RESOLUCIÓN NÚMERO 00000429 DE 2016

(febrero 17)

por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales y en desarrollo de los artículos 4°, 5° y 6° de la Ley 1751 de 2015; 6°, 12, 14, 61, 62 de la Ley 1438 de 2011; 14, 25 de la Ley 1122 de 2007 y 1° de la Ley 100 de 1993, y en especial en las conferidas en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 100 de 1993 establece que el objeto del Sistema de Seguridad Social integral “es garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten, para lo cual el Estado, la sociedad, las instituciones y los recursos destinados para cumplir el objeto, deben garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios”.

Que la Ley 1122 de 2007 plantea ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y en las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud para alcanzar el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Que la Ley 1438 de 2011, plantea el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud de manera que la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad promuevan la creación de un ambiente sano y saludable y el mejoramiento de la salud, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean las personas residentes en el país.

Que la Ley 1751 de 2015, “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” artículo 2°, establece la salud como un derecho fundamental por tanto autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, asistiéndole al Estado la responsabilidad de adoptar las políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos y cada uno de los habitantes del territorio y que la prestación como es un servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Que para el logro y realización del derecho fundamental a la salud, la Ley 1751 de 2015 obliga al Estado a organizar un sistema de salud el cual de manera coordinada y armónica, define los principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias, facultades,

obligaciones, derechos, deberes, recursos financieros, controles, información, procedimientos y evaluación, idóneas para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud.

Que la Ley 1753 de 2015 (PND, 2014-2018), plantea dentro de sus objetivos, reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población.

Que para el cumplimiento de este objetivo, el sistema de salud debe encaminar sus esfuerzos al mejoramiento del estado de salud de la población y el goce efectivo del derecho a la salud, para lo cual se hace necesario aumentar el acceso y el mejoramiento de la calidad de los servicios, fortalecer la infraestructura hospitalaria, recuperar la confianza pública en el sistema de salud y el aseguramiento de la sostenibilidad financiera del sistema y privilegiar estrategias preventivas y de medicina familiar y comunitaria, con enfoque intercultural, complementadas con el fortalecimiento del talento humano en salud, así como la incorporación de estrategias de Telesalud para la población con limitaciones de accesibilidad geográfica.

Que en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 se establece que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud y demás leyes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud, para ajustarse a las necesidades territoriales mediante modelos diferenciados para zonas con población urbana, rural y dispersa.

Que de conformidad con lo anterior, el MSPS traza la Política de Atención Integral en Salud PAIS, desarrollando un marco estratégico y un modelo operacional que van a permitir la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios, a efectos de orientar la intervención de los diferentes integrantes hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran,

RESUELVE:

Artículo 1°. *De la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).* La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual se adopta mediante la presente resolución, junto con su anexo técnico, el cual hace parte integral de la misma, atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano.

El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Parágrafo. La política de atención integral de atención en salud cuenta con un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Artículo 2°. *Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud.* El marco estratégico de la PAIS se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales.

Artículo 3°. *Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).* La PAIS establece un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas.

La implementación del modelo de atención exige poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los del SGSSS, orientan la respuesta del Sistema y alinean su regulación.

Artículo 4°. *Ámbito de aplicación.* La presente resolución se aplicará a la población residente en el territorio y su implementación es responsabilidad de las Entidades Territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta; entidades del sector salud y de otros sectores, responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna.

Artículo 5°. *Componentes del Modelo integral de Atención en Salud MIAS.* El MIAS cuenta con diez componentes, así:

5.1. *Caracterización de la Población:* Cada integrante, dentro de sus competencias, debe organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas, de manera que la planeación de los servicios que se le prestará a la población sea coherente con sus necesidades y con las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 (PDSP).

5.2. *Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).* Las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integridad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención.

En caso de ser requerida la conformación de otros grupos de riesgo no incluidos en la presente resolución así como la elaboración de sus respectivas rutas, los diferentes integrantes podrán definirlos y elaborarlas teniendo en cuenta la metodología que establezca para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social.

5.3. *Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS).* La implementación de la GIRS en la operación del modelo comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo. Las intervenciones están dirigidas a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, la familia y la comunidad, prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud se hace operativa mediante la identificación de los grupos de riesgo y sus características, la implementación y adaptación de las RIAS, el seguimiento de cohortes, la aplicación de modelos predictivos de riesgo, la efectividad de los procesos de servicio y los mecanismos de interacción entre la entidad territorial, las EAPB y la RED, así como en el manejo e interoperabilidad de la información entre los integrantes del sistema.

5.4. *Delimitación Territorial del MIAS.* El MIAS reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: urbanos; con alta ruralidad y dispersos. El modelo debe adaptarse a las condiciones de cada territorio y a las poblaciones en su contexto. Los integrantes del Sistema y demás entidades responsables de acciones en salud, dentro de sus competencias deben ajustarse en cada ámbito territorial para implementación del Modelo.

5.5. *Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.* Una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.

5.6. *Redefinición del rol del asegurador.* Los aseguradores, en cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, deben fortalecer la gestión de riesgo financiero, la capacidad técnica para la gestión de riesgo en salud de los afiliados y la interacción con los demás integrantes del Sistema, dentro de cada ámbito territorial definido para el MIAS, la capacidad de gestión de las redes integrales de prestación de servicios de salud y la capacidad de gestión para representar al usuario. El asegurador debe interactuar en cada territorio en lo referente a la planeación, ejecución y seguimiento de los planes territoriales de salud y coordinar las acciones necesarias para la efectiva gestión del riesgo en salud y fortalecer la capacidad para gestión de la información e indicadores, según los requerimientos de autoridades territoriales y nacionales.

5.7. *Redefinición del Esquema de incentivos.* El Nivel Nacional determina el esquema de incentivos a lo largo de la cadena de provisión de servicios, para orientar y alinear aseguradores, prestador y proveedores de insumos alrededor de los resultados en salud.

El Sistema de Salud deberá confluir hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención. Igualmente, se deben desarrollar incentivos para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica.

5.8. *Requerimientos y procesos del sistema de información.* La operación del MIAS exige ajustes en el Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social (Sispro), para integrar los componentes del modelo. Para tal efecto se debe desarrollar un conjunto mínimo de datos, centrado en el ciudadano, la familia y la comunidad con estándares (semánticos y sintácticos), integrados con interoperabilidad, bajo arquitecturas modulares con interfaces estandarizadas y otras tecnologías disponibles. El sistema debe asegurar que la información del conjunto mínimo de datos esté disponible para los integrantes: planificadores, gerentes en salud, directores y administradores, profesionales, pacientes y ciudadanos y demás entidades o personas responsables de acciones en salud. En todo caso, se deberá respetar la reserva de los datos.

5.9. *Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS).* Para el fortalecimiento del RHS se deben implementar acciones en cuatro ejes, a saber, la formación, la armonización con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios, el fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud, y el mejoramiento de condiciones

laborales. Estos ejes deben articularse en los planes territoriales de salud para generar impacto real en la población.

5.10. *Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.* El Ministerio establece seis (6) retos de innovación e investigación en sistemas de salud que deben enmarcar en las agendas de investigación del país a nivel nacional y regional, relacionados con: la rectoría del sistema de salud, la sostenibilidad financiera del sistema de salud, la gestión eficiente de los recursos humanos en salud, el fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes, mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas y el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud. Igualmente, se debe fortalecer la capacidad de investigación en salud pública.

Artículo 6°. *Implementación y evaluación del MIAS.* La implementación, resultados y evaluación de los procesos propuestos en el MIAS, requiere el desarrollo concomitante y coordinado, a cargo de todos los integrantes del SGSSS, dentro de sus competencias:

6.1. *Establecimiento y fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud.* La gobernanza es entendida no solo como una potestad de la rectoría del sector a cargo del Gobierno, sino también como una función de todos los integrantes, que implica i) definir prioridades, ii) realizar procesos de monitoreo y iii) tener mecanismos para la rendición de cuentas.

6.2. *Progresividad y gradualidad en la implementación.* Para la operación del MIAS, se requiere el desarrollo gradual de instrumentos relacionados con los componentes del modelo que permitan la implementación progresiva por ámbitos territoriales. El MSPS cuenta con un plazo de un año a partir de la publicación del presente acto para la adopción de los respectivos instrumentos. En todo caso, para la implementación de los componentes del modelo se tendrá un plazo máximo de tres años contados a partir de la publicación de la presente resolución.

6.3. *Mecanismos de retroalimentación y planes de mejora.* El MIAS requiere procesos de retroalimentación de manera dinámica y constante para la mejora de su desempeño y de los resultados en salud. Lo anterior determina la necesidad de implementar planes de mejora que desarrollen estrategias de incorporación de cambios de procesos en relación con participación social, mecanismos de incentivos de financiamiento, mecanismos de difusión e información.

Artículo 7°. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación. Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 17 de febrero de 2016.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 00000482 DE 2016

(febrero 19)

por medio de la cual se modifica el artículo 4° de la Resolución 1378 del 28 de abril de 2015, “por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del ‘Día del Colombiano de Oro’”.

El Ministro de Salud y Protección Social, en uso de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas por el numeral primero del artículo 17 de la Ley 1251 de 2008 y en desarrollo del artículo 3° de la Ley 1091 de 2006, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con lo establecido en el Decreto-ley 4107 de 2011 y la Ley 1251 de 2008, a este Ministerio le corresponde dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del sector salud y protección social y como parte de ello, coordinar la gestión de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, dentro del marco de la Constitución y la ley.

Que mediante la Ley 1091 de 2006, se reconoce como “Colombiano de Oro” a la persona colombiana mayor de sesenta y cinco (65) años, residente en el país, debidamente acreditada mediante una tarjeta especial expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC), para garantizar, entre otros, su derecho a acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud y ser atendido de manera preferencial, ágil y oportuna en las diferentes instituciones, tanto públicas como privadas.

Que, en consecuencia, este Ministerio expidió la Resolución 1378 del 28 de abril de 2015 en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 1091 de 2006, mediante la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del “Día del Colombiano de Oro”.

Que la Registraduría Nacional del Estado Civil, mediante Oficio RDRCI-500-088871 del 23 de diciembre de 2015, con radicado en el Ministerio de Salud y Protección Social número 201542302338562 del 30 de diciembre de 2015, comunica a este Ministerio que “la nueva cédula de ciudadanía, que en la actualidad portan todos los colombianos, es más segura, y, a juicio de la Entidad, puede decirse que cumple con el cometido de la Ley 1091 de 2006, pues brinda la debida identificación para las personas distinguidas como “Colombiano y Colombiana de Oro”, como son las mujeres y varones que cumplen 65 años de edad, por tanto, merecedores de los beneficios y prerrogativas que prevé la regulación en cita”.

Que en consideración de lo anteriormente expuesto, se hace necesario modificar el artículo 4° de la Resolución 1378 de 2015, “De la atención en salud para las personas adultas mayores”, en relación con la presentación de la cédula de ciudadanía acreditar tal condición.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Modifícase el artículo 4° de la Resolución 1378 del 28 de abril de 2015, el cual quedará así: