

RESOLUCIÓN 248 DE 2014

(febrero 3)

Diario Oficial No. 49.105 de 27 de marzo de 2014

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Por la cual se fija el mecanismo de cálculo que define el monto de giro y distribución de los recursos de la cuenta de alto costo para las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, y entidades obligadas a Compensar, en el caso de la terapia de reemplazo renal por enfermedad renal crónica, ERC.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Modificada por la Resolución 185 de 2017, 'por la cual se modifica la Resolución número 248 de 2014', publicada en el Diario Oficial No. 50.134 de 1 de febrero de 2017.

EL MINISTRO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO Y EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial, de las conferidas en el literal b) del artículo 25 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 4o del Decreto 2699 de 2007, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto 2699 de 2007 se estableció la cuenta de alto costo como un instrumento de administración financiera de los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas –alto costo– y de los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo, buscando promover entre otros, la gestión del riesgo y, a través de ella, la generación de resultados en salud para disminuir la tendencia futura de los eventos de alto costo.

Que el artículo 4o del citado decreto, modificado por el artículo 1o del Decreto 3511 de 2009, establece que el monto de recursos que corresponda girar a cada Entidad Promotora de Salud y demás entidades obligadas a compensar y el monto mensual que le corresponderá en la distribución, será el que resulte de aplicar el mecanismo que se establezca mediante resolución conjunta del Ministerio de la Protección Social y del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para cada tipo de enfermedad de alto costo y de actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con las enfermedades de alto costo que se seleccionen.

Que el mencionado artículo 4o también dispone que la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar cada una de las entidades obligadas a girar recursos a la Cuenta de Alto Costo, EPS-C, EPS-S y EOC, será definida por el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

Que en desarrollo de estas normas, los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público expidieron la Resolución 3413 de 2009, modificada por la Resolución 4917 de 2009 “por la cual se fijan los mecanismos de cálculo para definir los montos de aporte por parte de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, y Entidades Obligadas a Compensar, y de distribución de recursos de la cuenta de alto costo, en el caso de la terapia de reemplazo renal por Enfermedad Renal Crónica, ERC”, así como la Resolución 4700 de 2008, modificada por la Resolución 4700 de 2010 <sic> “por la cual se definen la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar para la operación de la Cuenta de Alto Costo”.

Que en virtud de la información recibida bajo la estructura definida por la Resolución 4700 de 2008, modificada por la Resolución 4700 de 2010 <sic>, se evidencian diferencias en la concentración de riesgo de las distintas Empresas

Promotoras de Salud y las Entidades Obligadas a Compensar, que sugieren que la desviación de siniestralidad de la Enfermedad Renal Crónica con terapia de reemplazo renal no presenta una distribución normal.

Que en virtud de lo anterior, se considera necesario incluir mecanismos de gestión de riesgo para disminuir la incidencia de la Enfermedad Renal Crónica y ajustar los mecanismos de cálculo que definen los montos de giro y distribución de recursos de la cuenta de alto costo, derogando las Resoluciones 3413 y 4917 de 2009.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. OBJETO. Mediante la presente resolución se establece el mecanismo de cálculo que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS-C) y del Régimen Subsidiado (EPS-S), así como las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), para definir los montos mensuales de giro y distribución de los recursos que la cuenta de alto costo, o quien haga sus veces, administrará financieramente de conformidad con lo establecido en el Decreto 2699 de 2007, modificado por el Decreto 3511 de 2009.



ARTÍCULO 2o. FUENTES DE INFORMACIÓN Y PERIODICIDAD DE LOS CÁLCULOS. El mecanismo de cálculo definido en la presente resolución se aplicará utilizando la información que recogida en virtud de la Resolución 4700 de 2008, modificada por la Resolución 4700 de 2010 <sic>, haya sido validada, auditada y certificada por el organismo de administración de la Cuenta de Alto Costo o quien haga sus veces, para cada una de las variables previstas en las citadas resoluciones y de las que trata el artículo 5o de la presente resolución y se aplicará con la misma periodicidad definida en el artículo 2 de la Resolución 4700 de 2008, modificado por el artículo 2o de la Resolución 4700 de 2010 <sic> y las normas que la modifiquen, adicione o sustituyan.



ARTÍCULO 3o. DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA POBLACIÓN. <Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 185 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> La fuente de información para el número de afiliados activos por cada EPS, EPS-S y EOC en cada grupo de edad, será la Base de Datos Única de Afiliados, utilizando la misma fecha de corte definida en el artículo 1o de la Resolución número 2463 de 2014.

PARÁGRAFO. De existir entidades liquidadas al momento de aplicar el mecanismo de distribución y giro, se tomará la distribución de pacientes según la última Base de Datos Única de Afiliados disponible para consulta.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 185 de 2017, 'por la cual se modifica la Resolución número 248 de 2014', publicada en el Diario Oficial No. 50.134 de 1 de febrero de 2017.

Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 248 de 2014:

ARTÍCULO 3. La fuente de información para el número de afiliados activos por cada EPS-C, EPS-S y EOC en cada grupo de edad, será la Base de Datos Única de Afiliados, utilizando la misma fecha de corte definida en el artículo 2o de la Resolución 4700 de 2010 <sic, es 2008>.



ARTÍCULO 4o. DE LOS GRUPOS ETARIOS. Los grupos etarios en años cumplidos a usar en las categorías serán:

0 a 4 años	45 a 49 años
5 a 9 años	50 a 54 años
10 a 14 años	55 a 59 años
15 a 19 años	60 a 64 años
20 a 24 años	65 a 69 años
25 a 29 años	70 a 74 años
30 a 34 años	75 a 79 años
35 a 39 años	80 y más años

40 a 44 años



ARTÍCULO 5o. VARIABLES QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA. Para efectos de la presente resolución, se establecen las siguientes definiciones de las variables que se determinarán para el periodo de reporte, con la información de que trata el artículo 2o de la presente resolución:

$\rho_{i,j}$ Número de pacientes con ERC estadio 5 en el grupo de edad j, afiliados a la aseguradora i.

$\alpha_{i,J}$ Número de afiliados a la aseguradora i por grupo de edad j.

$f_{i,j}$ Prevalencia por cada 100.000 personas, de pacientes con ERC estadio 5 por grupo de edad j, afiliados a la aseguradora i.

f_J Prevalencia por cada 100.000 personas, de pacientes con ERC estadio 5, para el grupo de edad j de todas las aseguradoras.

N Número total de aseguradoras.

$\beta_{i,j}$ Diferencia entre prevalencias de pacientes con ERC estadio 5 por grupo de edad j, afiliados a la aseguradora i; y la prevalencia de pacientes con EC estadio 5, para el grupo de edad j de todas las aseguradoras.

$V_{i,j}$ Sumatoria de las diferencias entre las prevalencias de los pacientes con ERC estadio 5 por grupo de edad j afiliados a la aseguradora i; y la prevalencia de pacientes con EC estadio 5, para el grupo de edad j de todas las aseguradoras.

$\rho_{i,j}^{\mathcal{E}}$ Número de casos de pacientes con ERC estadio 5 expandido a la población general.

CED Costo para cada EPS en cada grupo etario j, afiliados a la aseguradora i.

\bar{C} : Costo de atención de un paciente con ERC estadio 5 certificada por la administración de la cuenta de alto costo.



ARTÍCULO 6o. CÁLCULO PARA DEFINIR EL MONTO QUE APORTA CADA UNA DE LAS EPS-C, EPS-S Y EOC. Las fórmulas que se describen a continuación permiten establecer el monto que cada EPS-C, EPS-S y EOC, debe aportar con el fin de poner en marcha el mecanismo de reconocimiento para incentivar la gestión y los resultados en salud de la Enfermedad Renal Crónica ERC:

1. Prevalencia de ERC estadio 5 para cada grupo de edad y para cada aseguradora

$$f_{i,j} = \frac{\rho_{i,j}}{\alpha_{i,J}} * 100.000$$

2. Prevalencia de la ERC estadio 5 en cada grupo de edad, para la totalidad de las aseguradoras

$$f_J = \frac{\sum_{i=1}^N \rho_{i,j}}{\sum_{i=1}^N \alpha_{i,J}} * 100.000$$

3. Diferencia entre las prevalencias

$$\beta_{i,j} = f_{i,j} - f_J$$

4. Sumatoria de las diferencias entre prevalencias

$$v_{i,j} = \sum f_{i,j} - f_J$$

5. Número de pacientes con ERC estadio 5 expandido a la población general.

$$\rho_{i,j}^{\sigma} = \beta_{i,j} * \frac{\alpha_{i,J}}{100.000}$$

6. Valor para cada EPS por grupo etano por distribución de riesgo de ERC

$$CED_{i,j} = \bar{C} * \beta_{i,j}$$



ARTÍCULO 7o. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS POR DESVIACIÓN DE RIESGO DE ERC. <Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 185 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> La distribución de los recursos, consecuencia de la desviación de riesgo de la ERC en estadio 5, será definida de la siguiente manera:

1. Para determinar el monto total recaudado se aplicará la siguiente fórmula que proviene del cálculo del artículo 6o:

$$Recaudo = \bar{C} * v_{i,j}; si < 0$$

2. A partir de febrero de 2017, el monto total recaudado será distribuido atendiendo los siguientes porcentajes: el 60% para ajustar la siniestralidad que enfrenta cada EPS-C, EPS-S y EOC; y el 40% restante, entre las EPS-C, EPS-S y EOC que cumplan los indicadores o metas propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los indicadores serán de proceso y de resultado y tendrán que centrarse en las enfermedades precursoras de la enfermedad renal crónica. Con el fin de incentivar la gestión de riesgo en salud, los resultados en salud, evitar la selección adversa por parte de las aseguradoras y medir la respuesta de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) los indicadores o metas se estructuran por etapas.

Culminada la primera etapa de la aplicación del mecanismo de distribución y giro de los recursos en el año 2016 y evaluados los resultados de los indicadores medidos, se procede a la implementación de la segunda etapa a partir del 2017 con la siguiente distribución de indicadores de gestión del riesgo: A. Se continua con la medición de los indicadores de proceso: captación y estudiados que pesarán el 80% y, B. Indicadores de resultado: incidencia de ERC en estadio 5 y la no progresión de la enfermedad, el 20%.

Esta segunda etapa no podrá durar más de dos años, contados a partir del 2018 y será evaluada de acuerdo con los indicadores de gestión incluidos en el anexo de la presente resolución.

Los recursos se distribuirán entre las EPS o EOC en forma proporcional a la contribución de la distancia que existe entre el indicador de cada EPS y el promedio país o la meta establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social. La distancia será ponderada por la población relacionada con cada indicador. Las EPS que presenten indicadores inferiores al promedio nacional o meta no participarán de la distribución de recursos por este componente.

Los pesos de cada indicador en los recursos de este numeral serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y deberán privilegiar los resultados en salud.

PARÁGRAFO 1o. En cada vigencia, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá incrementar progresivamente el porcentaje destinado a gestión del riesgo en salud.

PARÁGRAFO 2o. Si existen EPS-C, EPS-S y EOC que se encuentren en proceso de liquidación y por este motivo los pacientes con ERC estadio 5 deban ser trasladados a las demás EPS-C, EPS-S y EOC, estos pacientes no serán tenidos en cuenta para efectos de los indicadores de gestión durante el primer año del traslado del paciente.

PARÁGRAFO 3o. Si existiesen EPS-C, EPS-S y EOC que presenten glosas en las variables necesarias para la estimación de los indicadores superiores al 5%, estas entidades no serán tenidas en cuenta para el mecanismo de distribución por efecto de los indicadores de gestión.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 185 de 2017, 'por la cual se modifica la Resolución número 248 de 2014', publicada en el Diario Oficial No. 50.134 de 1 de febrero de 2017.

Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 248 de 2014:

ARTÍCULO 7. La distribución de los recursos, consecuencia de la desviación de riesgo de la ERC en estadio 5, será definida de la siguiente manera:

1. Para determinar el monto total recaudado se aplicará la siguiente fórmula que proviene del cálculo del artículo 6

$$\text{Recaudo} = \bar{C} * v_{i,j}; si < 0$$

2. El monto total recaudado será distribuido en el primer año de aplicación de la presente resolución, con base en el periodo julio 2013 a junio 2014 con la información que publique la cuenta de alto costo en enero de 2015, atendiendo los siguientes porcentajes: el 40% para ajustar la siniestralidad que enfrenta cada EPS-C, EPS-S y EOC; y el 60% restante, entre las EPS-C, EPS-S y EOC que cumplan los indicadores o metas propuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de incentivar la gestión del riesgo en salud. Los indicadores o metas serán de proceso o resultado y tendrán que centrarse en las enfermedades precursoras de la enfermedad renal crónica. Con el fin de incentivar la gestión de riesgo en salud, los resultados en salud y evitar la selección adversa por parte de las aseguradoras, los indicadores o metas se estructuran por etapas.

En una primera etapa, los indicadores o metas se centrarán en procesos y en resultados y conforme se mejore la gestión y la información, se migrará exclusivamente hacia indicadores de resultados. En esta primera etapa se establecerán dos indicadores de proceso y dos de resultado y se distribuirán los recursos entre las EPS-C, EPS-S y EOC que superen el promedio, meta o variación establecida en cada indicador según anexo que hace parte integrante de esta resolución. Los indicadores de proceso pesarán el 70% y los indicadores de resultado el 30%. Esta primera etapa no podrá durar más de dos años, contados a partir del 2015, y se podrán incorporar indicadores de resultados o modificación a las metas de medición en el 2016. En el anexo de la presente resolución se presentan los indicadores iniciales.

En la segunda etapa se deberá migrar hacia indicadores de resultados de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá metas concretas para cada indicador. Los indicadores se deberán concertar con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, las EPS y las sociedades científicas, según corresponda. Los recursos se distribuirán entre las EPS-C, EPS-S y EOC que superen la meta.

Los recursos se distribuirán entre las EPS-C, EPS-S y EOC en forma proporcional a la contribución de la distancia que existe entre el indicador de cada EPS-C, EPS-S y EOC y el promedio país durante el primer año o la meta o variación establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda. La distancia se podrá ponderar por la población relacionada con cada indicador. Las EPS-C, EPS-S y EOC que no superen los indicadores propuestos no participarán de la distribución de recursos por este componente.

Los pesos de cada indicador en los recursos de este numeral serán definidos por los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público y deberán privilegiar los resultados en salud.

PARÁGRAFO 1o. En cada vigencia, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá incrementar progresivamente el porcentaje destinado a gestión del riesgo en salud.

PARÁGRAFO 2o. Si existen EPS-C, EPS-S y EOC que se encuentren en proceso de liquidación y por este motivo los pacientes con ERC estadio 5 deban ser trasladados a las demás EPS-C, EPS-S y EOC, estos pacientes no serán tenidos en cuenta para efectos de los indicadores de gestión durante el primer año del traslado del paciente.

ARTÍCULO 7A. IMPLEMENTACIÓN TERCERA ETAPA. <Artículo adicionado por el artículo 3 de la Resolución 185 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> La tercera etapa de implementación del mecanismo, requerirá de la evaluación de indicadores que se orienten a mejorar la efectividad tanto en la gestión de captación temprana, como el manejo de las enfermedades precursoras, como son pacientes con HTA controlada y pacientes con HbA1c controlada.

Notas de Vigencia

- Artículo adicionado por el artículo 3 de la Resolución 185 de 2017, 'por la cual se modifica la Resolución número 248 de 2014', publicada en el Diario Oficial No. 50.134 de 1 de febrero de 2017.



ARTÍCULO 8o. La presente resolución aplicará para la información suministrada a la Cuenta de Alto Costo por las EPS-C, EPS-S y EOC durante el periodo comprendido entre el 1o de julio inmediatamente anterior y el 30 de junio del año de aplicación del mecanismo y conforme a ella deberán girarse o reconocerse para cada caso el monto neto mensual de los recursos definidos una vez aplicados los indicadores de gestión correspondientes; de igual manera, en la medida que la información lo permita, el periodo de reporte puede ser modificado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del acto administrativo correspondiente.



ARTÍCULO 9o. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga las Resoluciones 3413 y 4917 de 2009, así como las demás disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 3 de febrero de 2014.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

MAURICIO CÁRDENAS SANTAMARÍA.

El Ministro de Salud y Protección Social,

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE.

ANEXO.

PRIMERA ETAPA – INDICADORES INICIALES.

<Anexo sustituido con el Anexo de Resolución 185 de 2017, según lo dispuesto por el artículo 4.>

Notas de Vigencia

- Anexo sustituido con el Anexo de Resolución 185 de 2017, según lo dispuesto por el artículo 4, de la Resolución 185 de 2017, 'por la cual se modifica la Resolución número 248 de 2014', publicada en el Diario Oficial No. 50.134 de 1 de febrero de 2017.

<El texto original es el siguiente:>

A. Indicadores de Proceso:

A.1. Porcentaje de pacientes captados con enfermedades precursoras

Mide: La búsqueda activa de accesibilidad de afiliados en riesgo de desarrollar Enfermedad Renal como consecuencia

de padecer la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, las cuales son consideradas como enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica.

$$\% \text{ captación de afiliados con enfermedad precursora} = \frac{\text{casos captados}}{\text{casos esperados}} * 100$$

Numerador: Se toma de la base entregada por la CAC los pacientes diagnosticados con las enfermedades precursoras (HTA – DM).

Denominador: Se toma la población registrada en BDU A activos entre los 18 y 69 años y las prevalencias de cada enfermedad, la fuente de información fue la ENS 2007.

A.2. Porcentaje de pacientes con enfermedades precursoras, estudiados (pacientes con los exámenes necesarios para confirmar el diagnóstico) para ER.

Mide: El diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica. Este indicador mide el porcentaje de pacientes a los que una vez diagnosticados con HTA o DM, se les realiza el estudio pertinente para confirmar o descartar compromiso renal.

$$\% \text{ de pacientes con enfermedad es precursora s, estudiados para ER} = \frac{\sum \text{casos estudiados para ER}}{\sum \text{Pacientes con DX de HTA y DM}} * 100$$

Numerador: Se toma de la base entregada por la CAC los pacientes con alguna de las enfermedades precursoras (HTA – DM) a los cuales se les practicó el examen que confirma o descarta la ERC.

Denominador: Se toma de la base entregada por la CAC los pacientes diagnosticados con las enfermedades precursoras (HTA – DM).

B. Indicador de resultado

B.1. Incidencia de ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA estadio 5

Mide: La tasa de incidencia de Enfermedad Renal Crónica estadio 5 proporciona una estimación de la evolución de la enfermedad renal, permitiendo a su vez estimar el grado de progresión. Se espera una disminución en la aparición de nuevos casos estadio 5 en respuesta al diagnóstico y manejo oportuno y adecuado.

$$\text{Incidencia global de ERC 5} = \frac{\text{casos nuevos de ERC por GE estadio 5 en el periodo}}{\text{Población Afiliada por GE}} * 100.000$$

Numerador: Se toma de la base entregada por la CAC los pacientes a los que durante el periodo inician alguna TRR desagregados por grupos etarios y distribuidos entre las diferentes EPS-C, EPS-S o EOC.

Denominador: Población registrada y activa en BDU A desagregada por grupos etarios y distribuida entre las diferentes EPS-C, EPS-S o EOC.

$$\text{Casos esperados} = \text{Incidencia Global de ERC5} * \text{BDUA por GE}$$

$$\text{Incidencia ajustada de ERC 5} = \frac{\sum \text{Casos esperados por GE y por EPS}}{\text{Total de Afiliados}}$$

Numerador: Casos esperados por grupos etarios por EPS

Denominador: Población total registrada y Activa en BDU A.

B.2. Variación de la incidencia por EPS-C, EPS-S y EOC. Este indicador incentiva la reducción de casos incidentes de un año a otro entre las EPS-C, EPS-S o EOC que muestren dicha condición. Este indicador aplicará siempre y cuando la incidencia del país disminuya entre un año y otro. En el evento que la incidencia País aumente estos recursos se distribuirán mediante el indicador B.1.

Mide: la variación de la tasa de incidencia de Enfermedad Renal Crónica estadio 5 entre el año t-1 y el año t. Se espera una disminución en la aparición de nuevos casos estadio 5 en respuesta al diagnóstico y manejo oportuno y adecuado.

Variación de Casos

= Casos nuevos de ERC por GE estadio 5 en el periodo (t)

– Casos nuevos de ERC por GE estadio 5 en el periodo (t – 1)

$$\text{Variación Incidencia de ERC 5} = \frac{\text{Variación de casos}}{\text{Población Afiliada por GE (t)}} * 100.000$$

Numerador: Se toma de la base entregada por la CAC los pacientes a los que durante los periodos t y t-1 inician alguna TRR desagregados por grupos etanos y distribuidos entre las diferentes EPS-C, EPS-S o EOC.

Denominador: Población registrada y Activa en BDUA desagregada por grupos etarios y distribuida entre las diferentes EPS-C, EPS-S o EOC medida en el año t.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA
n.d.
Última actualización: 30 de agosto de 2024 - (Diario Oficial No. 52.847 - 13 de agosto de 2024)

