

Informe al Congreso de la República

**Cuatrenio
2014-2018
2017-2018**

**Sector Administrativo de
Salud y Protección Social**

Bogotá, D.C., julio de 2018

 MINSALUD

 GOBIERNO DE COLOMBIA

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro (E) de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

DESPACHO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Luis Gabriel Fernández Franco
Director Jurídico

Luis Fernando Correa Serna
Jefe Oficina de Gestión Territorial Emergencias y Desastres

Dolly Esperanza Ovalle Carranza
Jefe Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación–TIC

Sandra Liliana Silva Cordero
Jefe Oficina de Control Interno

José Fernando Arias Duarte
Jefe (E) Oficina de Calidad

Juan Pablo Corredor Pongutá
Jefe Oficina de Promoción Social

Bibiana Quiroga Forero
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Ricardo Adolfo Amórtegui González
Grupo de Comunicaciones

Jaime Eduardo Matute Hernández
Grupo Cooperación y Relaciones Internacionales

VICEMINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Sandra Lorena Girón Vargas
Directora de Epidemiología y Demografía

Harold Mauricio Casas Cruz
Director (E) de Promoción y Prevención

José Fernando Arias Duarte
Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Luis Carlos Ortiz Monsalve
Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Carolina Gómez Muñoz
Directora de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Andrés López Velasco
Director U. A. E. Fondo Nacional de Estupefacientes

VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Diana Isabel Cárdenas Gamboa
Directora de Financiamiento Sectorial

Félix Régulo Nates Solano
Director de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Jackeline Becerra Castro
Directora (E) de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

SECRETARÍA GENERAL

Nohora Teresa Villabona Mujica
Subdirectora de Gestión del Talento Humano

Martha Ruby Narváez Otero
Subdirectora de Gestión de Operaciones

Margarita Maria Gil Garzon
Subdirectora Administrativa

Manuel José Canencio Maya
Subdirector Financiero

Consuelo García Tautiva
Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario

ENTIDADES ADSCRITAS AL SECTOR ADMINISTRATIVO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Luis Fernando Cruz Araujo
Superintendente Nacional de Salud

Martha Lucía Ospina Martínez
Directora Instituto Nacional de Salud–INS

Carlos Mario Ramírez Ramírez
Director Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES

Javier Humberto Guzmán Cruz
Director Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos–INVIMA

Carolina Wiesner Ceballos
Directora Instituto Nacional de Cancerología

Claudia Marcela Rojas Daza
Directora General Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Esperanza Inés Rojas Gutiérrez
Gerente Sanatorio de Agua de Dios

Miguel Ángel Jiménez Escobar
Gerente Sanatorio de Contratación

Francisco Álvaro Ramírez Rivera
Director Fondo de Previsión Social del Congreso de la República–FONPRECON

Jhon Mauricio Marín Barbosa
Director Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia

Crédito diseño de la portada:
Grupo de Comunicaciones

Edición y consolidación:
Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales-OAPES
Bibiana Quiroga Forero - Jefe OAPES (aprobación final)
Javier Ricardo Bohórquez G. – Contratista OAPES (elaboración de introducción y otros contenidos, consolidación final y edición técnica)

Grupo de Planeación-OAPES
(consolidación y corrección de estilo)
William Jiménez H. – Coordinador Grupo de Planeación

Agradecimientos especiales:
Dra. Carmen Eugenia Dávila S., Viceministra de Protección Social, por sus aportes y correcciones al documento
Dra. Mery Barragán A., Asesora Viceministerio de Salud y Prestación de Servicios, por sus aportes y correcciones al documento
Dr. Julio Sáenz B., Asesor Viceministerio de Salud y Prestación de Servicios (por sus aportes en la sección de fenómeno migratorio).
Diana Maritza González P. (por sus aportes a la sección de posconflicto)

Nota: Algunas frases contenidas en el documento son tomadas de distintas intervenciones y documentos del Sr. Ministro de Salud y Protección Social, Dr. Alejandro Gaviria Uribe

Informe al Congreso de la República Cuatrienio 2014-2018 y 2017-2018

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	7
2.	RESULTADOS EN SALUD	13
2.1	Indicadores de salud	13
2.2	Acceso a los servicios y estado de salud de la población	22
3.	SALUD PÚBLICA Y POLÍTICAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	28
3.1	Plan Decenal de Salud Pública–PDSP	28
3.2	Programa Ampliado de Inmunizaciones–PAI	36
3.3	Enfermedades transmisibles	38
3.4	Salud sexual, derechos sexuales y reproductivos	42
3.5	Enfermedades No Transmisibles (ENT)	49
3.6	Políticas de control del consumo de tabaco y exposición al humo de tabaco y sus derivados	55
3.7	Salud nutricional.....	60
3.8	Bebidas azucaradas.....	65
3.9	Otras acciones de promoción y prevención	67
3.10	Participación del MSPS en asuntos relacionados con la salud pública	72
3.11	Salud ambiental	73
3.12	Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludable	82
3.13	Vigilancia en salud pública.....	85
3.14	Vigilancia en salud pública del Fondo Nacional de Estupefacientes: reducción del abuso de drogas	93
4.	INNOVACIONES Y AJUSTES PARA EL FORTALECIMIENTO Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SECTOR .	100
4.1	Aseguramiento en salud	101
4.2	Unificación del plan de beneficios.....	103
4.3	Actualización del plan de beneficios en salud.....	104
4.4	Implementación de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud (LES).....	110
4.5	Consolidación de la Política Farmacéutica Nacional (PFN).....	116
4.6	Ajustes e intervenciones para mejorar el Sistema General de Seguridad Social	123
4.7	Aspectos financieros del sistema y sostenibilidad	126
4.8	Aseguramiento en riesgos laborales.....	133
4.9	Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)	135
5.	PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CALIDAD Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD	147
5.1	La Política Integral de Atención en Salud (PAIS) y el Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)	147
5.2	Habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud	148
5.3	Infraestructura hospitalaria y dotación	149
5.4	Prevención y atención de emergencias y desastres	151
5.5	Sistema Único de Habilitación	157
5.6	Sistema Único de Acreditación	160
5.7	Modelo de Atención en Salud para población privada de la libertad y estándares de calidad para atención en salud en establecimientos de reclusión para inimputables.....	161
5.8	Fortalecimiento de la gestión en la prestación de servicios de salud pública.....	162

5.9 Telemedicina.....	168
5.10 Gestión para el desarrollo del talento humano en salud.....	170
5.11 Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad en Salud.....	174
6. PROMOCIÓN SOCIAL	182
6.1. Víctimas del conflicto armado y el PAPSIVI.....	182
6.2. Población con discapacidad.....	185
6.3. Población inimputable por trastorno mental.....	187
6.4. Mujer y género	188
6.5. Familia, adulto mayor y vejez.....	189
6.6 Asuntos étnicos.....	191
6.7. Habitante de la calle.....	194
7. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SGSSS	197
7.1 Acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) realizadas por el INVIMA	197
7.2 Acciones de IVC del Instituto Nacional de Salud-INS.....	207
7.3 Acciones de IVC de la Superintendencia Nacional de Salud.....	208
7.4 Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de Estupefacientes-FNE.....	218
8. GESTIÓN SECTORIAL	219
8.1 Gestión y ejecución presupuestal del sector.....	219
8.2 Estudios y evaluación de política pública.....	220
8.3 Sistema Integrado de Gestión del MSPS.....	224
8.4 Sistema Integrado de Información de la Protección Social-SISPRO	226
8.5 Otros aspectos de gestión del MSPS y de las entidades del sector.....	232
8.6 Respuesta del sector salud ante el posconflicto	277
8.7 Acciones de respuesta ante el fenómeno migratorio desde Venezuela	284

1. INTRODUCCIÓN

Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en la Constitución Política de Colombia la cual estipula que “(...) los ministros y los directores de departamentos administrativos presentarán al Congreso (...) informe sobre el estado de los negocios adscritos a su ministerio o departamento administrativo (...)”, el Ministerio de Salud y Protección Social presenta al Honorable Congreso de la República el informe correspondiente al sector que encabeza, el cual contiene los principales resultados de la gestión realizada durante el último cuatrienio así como en el período junio de 2017 a mayo de 2018.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, después de 25 años de expedida la Ley 100 de 1993, se ha consolidado como el mayor logro que ha tenido el país en materia social. Lo anterior ha sido posible después de proceso gradual de reformas al sistema implementadas durante los últimos años.

En términos de los indicadores que miden los sistemas de salud de los países como la cobertura, la esperanza de vida, la mortalidad infantil, la autopercepción del estado de salud y el gasto de bolsillo, Colombia se destaca al compararse con países de la región y de un similar nivel de desarrollo.

La cobertura universal es prácticamente un objetivo cumplido¹. Una mayor cobertura amplía el acceso a los servicios, contribuye a la disminución de las desigualdades entre ricos y pobres y aporta al cierre de brechas entre habitantes de zonas urbanas y rurales. Con la actualización de los planes de beneficios y la unificación entre los regímenes subsidiado y contributivo, los colombianos –sin distinción de clases sociales– tienen acceso a tecnologías y medicamentos esenciales, incluidos los de alto costo. Los avances en protección financiera en Colombia han sido más profundos que en la mayoría de los países. Es así como, en este país, sufrir una enfermedad –que exige medicamentos y tratamientos costosos– no equivale a una angustia adicional (financiera) para la mayoría de las familias ni se convierte en su ruina económica porque ya se encuentran cubiertas con un amplio plan de beneficios que se mantiene al día con los avances científicos.

Estos avances en cobertura y acceso –y en general, en las condiciones sociales de los hogares– a su vez redundan en un mayor bienestar² y un mejor estado de salud de la población. No en vano la mayoría de los indicadores trazadores de salud han mejorado sistemáticamente en los últimos años. Las Estadísticas Vitales (EE.VV.) del DANE, así como la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) evidencian, por ejemplo, la disminución sostenida de la mortalidad infantil y del embarazo adolescente. La mortalidad materna también ha caído. Por su parte, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional mostró una notable reducción de la desnutrición crónica (baja talla para la edad) en menores de 5 años y también una disminución del mismo indicador en escolares y adolescentes. Las prevalencias y mortalidades por distintas enfermedades (EDA, IRA) en menores de 5 años también se han reducido de manera acelerada.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2022 (formulado en el cuatrienio anterior como resultado de un consenso nacional y amplia participación) consolidó los objetivos y componentes concretos en torno a la salud pública del país con enfoque de determinantes sociales de la salud y abordaje intersectorial que cubre 8

¹ En diciembre de 2017 se registró un 95% de cobertura que corresponde a 46,7 millones de personas afiliadas a salud, de las cuales 22 millones corresponden al régimen contributivo y 22,4 millones al subsidiado. En el régimen de excepción se encontraban 2,3 millones de personas. Esta cobertura tiene como referente una población proyectada –a partir de estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)– de 49,3 millones habitantes en Colombia.

² El sector de la salud se ha destacado como uno de los que más ha contribuido a la reducción de la pobreza multidimensional en Colombia, especialmente por el creciente aseguramiento financiero en salud de la población. El índice de pobreza multidimensional (IPM) es un complemento de las mediciones de pobreza basadas en ingresos, pues identifica carencias en ámbitos como la salud, la educación y la calidad de vida (condiciones de la vivienda, acueducto, alcantarillado, electricidad, entre otros). Según el IPM, el porcentaje de personas en situación de pobreza era de 30,4% en 2010 y en 2017 marcó 17% (disminución de 13 p.p.) En lo relativo a salud, la privación “sin aseguramiento en salud” pasó de 21,0% a 10,3% (disminución de 11 p.p.) mientras que la privación referente “barreras de acceso a servicios de salud” permaneció en 6,9% en el mismo periodo.

dimensiones prioritarias y 2 transversales. No obstante los resultados obtenidos y los avances en la implementación del PDSP en los territorios, se ha visibilizado la necesidad de realizar un esfuerzo especial para lograr mayores resultados en las distintas dimensiones y en las poblaciones más vulnerables.

En los últimos años se reimpulsaron las políticas de promoción y prevención, con acciones y medidas concretas que persiguen el bienestar de todos los colombianos. En materia de vacunación, se perseveró (a pesar de las dificultades fiscales) en las inversiones que se requieren para disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, a través de la inmunización gratuita. Es así como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se ha fortalecido tanto en coberturas como en el número de biológicos incorporados. Al cierre de 2017 se logró una cobertura en Triple Viral (rubeola, sarampión y parotiditis) del 93,1% y de 91,6% en DPT (Difteria, Bordetella-Pertusis y Tétanos); ambos registros fueron sobresalientes desde una perspectiva histórica. No es casualidad que ningún niño colombiano haya sido contagiado de sarampión ante los recientes casos conocidos provenientes del exterior. Con un presupuesto que supera los 100 millones de dólares anualmente y con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, el esquema de vacunación colombiano es uno de los mejores de la región y del mundo. En el último cuatrienio se dio continuidad a las vacunas contra el neumococo, hepatitis A, tosferina acelular para gestantes, el Virus del Papiloma Humano-VPH, la varicela y la universalización de la Vacuna Inactivada contra el Polio (VIP), introducidas por el gobierno actual, manteniendo un total de 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades.

Adicionalmente, bajo el tradicional concepto que es mejor prevenir que curar (se evita el sufrimiento de pacientes y sus familias, y en general, incurrir en mayores costos para la sociedad), durante los últimos años y recogiendo distintas experiencias internacionales -basadas en la evidencia científica-, las medidas adoptadas frente al control al tabaco, como la aprobación del incremento progresivo al consumo del cigarrillo -y por las cuales Colombia fue reconocida por la OMS-, así como la discusión misma sobre los impuestos a las bebidas azucaradas, constituyen un avance significativo en las políticas preventivas de manera que se disminuya efectivamente el riesgo de sufrir enfermedades, y en particular, las crónicas no transmisibles.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en coordinación con otras entidades del sector y distintas instancias del Estado, también mantuvo su participación activa en la discusión pública en asuntos relacionados con la salud de la población y construyendo evidencia científica frente a temas de amplio debate como el uso medicinal y científico del cannabis, la interrupción voluntaria del embarazo (en defensa de los derechos de la mujer) y la adopción de niños y niñas por parte de parejas del mismo sexo. A ello se suman la regulación, lineamientos y recomendaciones del Ministerio en asuntos como la eutanasia (Colombia es el primer país de Latinoamérica en reglamentarla) y los efectos en salud por la aspersión aérea con glifosato.

No obstante que los logros del SGSSS colombiano son en buena parte reconocidos, los esfuerzos recientes se ha dirigido a mejorar aspectos importantes como el acceso, calidad, oportunidad, equidad, confianza, legitimidad y sostenibilidad del sistema. En este sentido se han producido implementaciones paulatinas en relación con nuevas normas fundamentales para el sistema como la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud. Bajo este mismo contexto, la Ley 1753 de 2015 o Plan Nacional de Desarrollo “Todos por un Nuevo País” contempló ajustes adicionales. Así mismo, como se ampliará más adelante, se han producido medidas para avanzar en el acceso efectivo, reordenar el plan de beneficios de manera coherente e implementar estrategias de carácter financiero y operativo para seguir avanzando en el proceso de saneamiento de deudas, el mejoramiento del flujo de recursos y en el fortalecimiento y depuración del sector.

La Ley Estatutaria de Salud (LES) es la primera ley de un derecho fundamental social que, entre otras cosas, sienta las bases para una definición justa y sostenible de los beneficios. La reglamentación de la LES ha permitido avanzar en el sentido de la coherencia. Bajo este mandato, el país ha venido ordenando la cobertura del sistema público de salud, definiendo qué se cubre y qué no se cubre, y de qué manera se paga (diferencialmente) por lo cubierto. Este reordenamiento implicó ajustes frente a la definición de las prestaciones cubiertas. Hoy se puede hablar de tres capas distintas. La primera comprende los beneficios que garantizan la protección colectiva del derecho a la salud,

financiados con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC). La segunda, los beneficios que garantizan la protección individual del derecho, ordenados mediante el aplicativo y procedimiento denominado MiPrescripción -o mejor conocido como MiPres- y financiados directamente con recursos públicos. Y la tercera, las exclusiones, las cuales deben cumplir los criterios establecidos en la ley y surtir una discusión con expertos y pacientes, con amplia participación ciudadana. El sector se está moviendo –por primera vez en años– en el sentido de la coherencia, con beneficios actualizados con los avances médicos a nivel mundial siempre con base en la evidencia científica.

Las prestaciones que garantizan la protección individual del derecho a la salud (casos individuales), que se salen de las necesidades promedio de la población, son financiados vía MiPres en el régimen contributivo y por las entidades territoriales en el régimen subsidiado. MiPres es una herramienta tecnológica en línea –diseñada por el MSPS e implementada desde diciembre de 2016– para prescribir servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios a los afiliados del régimen contributivo; es decir, lo que solía llamarse No POS. Su implementación ha significado la abolición de los Comités Técnico-Científicos (CTC), la reducción de trámites administrativos y el fortalecimiento de la autonomía médica. Los ciudadanos que requieren medicamentos, tecnologías o procedimientos que no están incluidos en el plan pueden recibirlos sin que medien autorizaciones de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), simplificando los trámites para el usuario. MiPres ha sido implementado por todas las EPS del contributivo y se ha ido consolidando en las prestadoras que suministran servicios y tecnologías no cubiertas en el plan de beneficios. De esta manera se desarrolló parcialmente la LES si se tiene en cuenta que este mecanismo ha fortalecido la autonomía (enunciada en el Art. 17 de esta ley) así como la disposición de la información para su autorregulación.

Con la Resolución 330 del 2017 se avanzó en la implementación del mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, que permite ampliar progresivamente los beneficios. De esta manera, los pacientes tendrán derecho a que se les cubran todas las tecnologías, excepto aquellas que estén expresamente excluidas del plan de beneficios, como lo son las que tienen fines cosméticos, que carecen de efectividad, seguridad y eficacia, que tuviesen que ser provistas en el exterior, que no cuenten con aprobación del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) o que se encuentren en fases de experimentación.

Por otra parte, en cumplimiento del PDSP, la LES y del Art. 65 del Plan Nacional de Desarrollo (PND), se adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Esta política centra la acción de salud en las personas, no en las IPS ni en las EPS. Garantiza el acceso efectivo de los ciudadanos a los servicios de salud, con acciones y prestaciones desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, paleación y reinserción social, en todas las etapas de la vida y lo más cerca posible a su cotidianidad. Articula a todos los agentes, ciudadanos, gobiernos territoriales, EPS, prestadores de servicios, proveedores y coordina los sectores orientados al bienestar de la población para modificar de manera efectiva los determinantes de la salud, mejorar continuamente los resultados en salud y cerrar brechas de inequidad social. La política comprende cuatro estrategias y un componente operativo (el MIAS), consistente en el marco para la organización de actores e instituciones para que los ciudadanos accedan a servicios seguros, oportunos y humanizados.

Con el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) el sistema se está transformado desde la prestación básica hacia arriba y hoy existe mayor conciencia sobre la necesidad de trabajar en redes y de poner en práctica mecanismos innovadores. Con este Modelo se fortalece la atención integrada, continua, oportuna y con mayor resolutivez en los servicios de salud, mediante el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los niveles primarios (puestos, centros y hospitales con médicos y especialidades básicas), acorde a las necesidades de salud de la población en cada territorio. Lo anterior se traduce en mayor acceso de la población a los servicios de salud, y por ende, mejores resultados en salud. Durante los últimos años el MIAS avanzó en grandes ciudades (modelo urbano) y en varios departamentos (tanto para el modelo de alta ruralidad como para el rural disperso); incluso las Fuerzas Militares y la Policía han acogido el MIAS. En particular, la implementación del MIAS en Guainía –que actuó como piloto del modelo en zonas dispersas– ha mejorado el acceso a los servicios y los resultados en salud en esa región. En el departamento no solo se ha mejorado la infraestructura en salud sino que se ha evidenciado una

disminución significativa de la mortalidad materna, perinatal, neonatal y por desnutrición en menores de 5 años, entre otros impactos positivos.

Por otra parte, en lo que atañe a las tecnologías en salud, hay que tener en cuenta que las expectativas y las demandas de la población colombiana son cada vez mayores. El crecimiento de la clase media colombiana ha provocado que la gente sea más consciente de sus derechos y reclamen acceso a más tecnologías (servicios, medicamentos, dispositivos) y mejor calidad, además de servicios complementarios que no han sido concebidos dentro del SGSSS. Adicionalmente, la judicialización ha impedido la incorporación ordenada de las nuevas tecnologías. En el país también se han pagado precios más altos por medicamentos que, por ejemplo, en el continente europeo. En conclusión, la presión demográfica, tecnológica y los altos precios de los medicamentos son una amenaza para la sostenibilidad del sistema de salud (y por ende para la equidad).

No obstante lo anterior, la Política Farmacéutica Nacional–PFN (que ya ha sido reconocida internacionalmente) dispone de algunos instrumentos para hacer frente a estos problemas. Hace 8 años, la política farmacéutica era apenas una idea, un conjunto de intenciones. Hoy es una política con resultados concretos y legitimidad social. El control de precios de medicamentos (mil medicamentos controlados), las compras centralizadas, los avances en la promoción de la competencia y la transparencia (en las relaciones de valor entre actores del sector salud y la industria farmacéutica y de tecnologías en salud) han aportado a la democratización del acceso y a la sostenibilidad del sistema.

Con la regulación de precios de miles de medicamentos, utilizando una metodología basada en la referenciación internacional, se han logrado una caída promedio de, al menos, 40% en los valores internos. Los ahorros obtenidos superan el billón de pesos por año, los cuales ha sido reinvertidos en la salud de los colombianos.

También se han eliminado algunas barreras de entrada innecesarias a la comercialización de medicamentos biosimilares, es decir aquellos de alta tecnología que se obtienen de organismos vivos o de sus tejidos, promoviendo su competencia. Adicionalmente, se ha fortalecido la capacidad técnica para la evaluación de tecnologías en salud, se avanzó en materia de transparencia en las relaciones con la industria farmacéutica, el pago por valor (muchas tecnologías, aún, cuestan mucho y aportan poco) y en promover el uso racional de medicamentos.

En coordinación con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), se concretó el mecanismo para aplicar en Colombia la negociación centralizada de precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, contemplada en el Art. 71 del PND, específicamente en lo relativo a los tratamientos contra la Hepatitis C. También, en conjunto con el IETS, se cuenta con una metodología para el control de precios de medicamentos y dispositivos médicos a la entrada según lo dispuesto en el Art. 72 del PND. Esta responde a la realidad del mercado colombiano, el desarrollo de conceptos como valor terapéutico y a los criterios de operacionalización de la PFN.

Por otra parte, el inicio de la operación de la entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) culminó un proceso de fortalecimiento institucional que permitirá un mejor flujo y un mayor control a los recursos para la salud (incluidos los recobros por servicios no incluidos en el plan de beneficios) dando cumplimiento a lo ordenado por el Art. 67 del PND. Contempla una estructura de financiamiento más sencilla, con control directo sobre el flujo de los recursos y el sistema de información relacionado, así como un mayor seguimiento que se traduce en la protección de los recursos del sistema de salud. Por lo tanto, esta estrategia mejorará la transparencia en el manejo de los recursos y fortalecerán las medidas de liquidez a hospitales, entre otros aspectos.

En cuanto a la estrategia de depuración del sector, se logró finalizar los complejos procesos de liquidación de algunas EPS inoperantes y cuestionadas como CAPRECOM y SALUDCOOP (después de la liquidación de otras como Solsalud y Humana Vivir). El pago de las deudas de la liquidada CAPRECOM con los hospitales y clínicas estuvo acompañado de un billón de pesos de los recursos de la Nación. Todo esto permitirá superar la incertidumbre y la falta de confianza entre los actores del sistema.

Igualmente se sigue perseverando en las soluciones a los problemas financieros del sector. Estas medidas comprenden el saneamiento de deudas, nuevos recursos para el sistema (como el medio punto del IVA y mayores impuestos al tabaco y licores), la recuperación patrimonial de las entidades del sector, nuevos instrumentos financieros como la compra de cartera, los créditos blandos, los bonos convertibles en acciones y mayor liquidez.

Ya existe una ruta de capitalización de EPS marcada por el Decreto 2702 de 2014 (régimen de solvencia de EPS). Implica la capitalización de las EPS para que sean cada vez más sólidas y con ello proteger a los proveedores de tecnologías en salud. El decreto definió las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud. Señaló la obligación que tienen las aseguradoras de calcular, constituir y mantener actualizadas sus reservas técnicas que les garanticen cumplir con el pago de sus deudas y prestar los servicios de salud con calidad; obliga a cumplir con un régimen de capital mínimo, inversiones y patrimonio adecuado. En los últimos años se habría logrado un fortalecimiento de, aproximadamente, \$1,4 billones de pesos. También se avanzó en la habilitación técnica de la EPS expidiendo el Decreto 682 de 2018.

En cuanto a la liquidez se destaca el giro directo desde el FOSYGA y ahora desde la ADRES. Los recursos girados asciende a \$57 billones desde su implementación en 2011 y ha llegado a miles de instituciones de salud tanto públicas como privadas. Alrededor del 70% de los recursos de la UPC está llegando directamente a las IPS y proveedores que prestan servicios a los afiliados de las EPS del régimen subsidiado y de manera oportuna. También se ha implementado el giro en el contributivo, en aplicación del Art. 259 de la Ley del PND. Otra medida exitosa ha consistido en la compra de cartera beneficiando a las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS. Desde su implementación en 2013, se han superado los \$1,7 billones en estas operaciones, mejorando la situación financiera de 446 hospitales y clínicas a lo largo del país.

Para recuperar la legitimidad y confianza, también se ha dado un importante fortalecimiento en el sistema de información (con aplicaciones en línea e interoperables como Mi Seguridad Social, ClicSalud y el Sistema de Afiliación Transaccional-SAT, MiPres, entre otras), la evaluación de las políticas públicas en salud (para la toma de decisiones basadas en evidencia), encuestas en salud y la capacidad técnica (“tecnocracia”) tanto en el Ministerio como en las entidades fundamentales del sector (Supersalud, INS, INVIMA, ADRES, entre otras). Hoy se puede decir que estas entidades están dirigidas por expertos.

En materia de gestión, se ha desarrollado la ley de transparencia en el sector, se dio cumplimiento al principio de austeridad inteligente en el gasto y se ha mejorado la ejecución presupuestal. En 2017, tanto el Sector Administrativo de Salud y Protección Social como el MSPS –con ejecuciones del 99,6% y 99,9% de su apropiación, respectivamente– ocuparon los primeros lugares entre todos los sectores y entidades del orden nacional. Adicionalmente, se ha logrado en el Ministerio–de manera consecutiva durante las tres últimas vigencias– el fenecimiento de la cuenta fiscal por parte de la Contraloría General de la República, se mantuvieron las certificaciones en las normas técnicas de calidad, seguridad de la información y en 2017 se obtuvo por primera vez el certificado en la norma de seguridad y salud ocupacional.

Por otra parte, en línea con lo propuesto en las bases del PND, se ha logrado fortalecer a las IPS públicas para mejorar acceso, servicio y calidad. Tan sólo en 2017, se destinaron 231 mil millones de pesos del PGN para dotación, equipos médicos e infraestructura de la red pública de servicios de salud, incluidos los hospitales y centros de salud de 273 municipios y corregimientos, especialmente en zonas apartadas; algunas de ellas afectadas históricamente por el conflicto armado. Al sumar las distintas fuentes de financiamiento (inversión PGN, transferencias y regalías) los recursos destinados a la mejora de la infraestructura y dotación de la red pública de prestación de servicios han sido superiores al billón de pesos en los últimos 4 años (y a los dos billones de pesos desde 2010).

También en el marco del posconflicto, el Ministerio dio respuesta con acciones concretas. Se afilió de manera expedita a los reincorporados de las FARC al régimen subsidiado, se efectuó despliegue de médicos y ambulancias en los Espacios Territoriales de Consolidación y Reincorporación ETCR (antes zonas veredales), se emprendió un

proyecto de salud en los 25 municipios donde se localizan los ETCR, se adelantó el diagnóstico de capacidad instalada en municipios priorizados en el marco de la construcción de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial–PDET y se avanzó en la planificación concertada de las acciones más inmediatas; esto es, Plan Marco de Implementación, Plan Nacional de Salud Rural y Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición.

Ante el fenómeno migratorio desde Venezuela, el Gobierno realizó el dimensionamiento de la problemática y el registro de personas. Así mismo, se brindó atención en salud, se fortaleció la notificación de eventos en salud pública en los inmigrantes, se realizaron acciones de vacunación, ajustes normativos y de política, aseguramiento, apoyo a los territorios de frontera, se efectuó gestión intersectorial, de cooperación internacional y financiación desde el nivel nacional, entre otros aspectos.

Más allá de los logros ya expuestos, como retos clave para el sistema de salud está pendiente: cerrar aún más las brechas en salud, instar a un mayor trabajo intersectorial en torno a las dimensiones comprendidas en el PDSP, consolidar la política de atención integral en salud, ajustando lo necesario y avanzando en la implementación del MIAS, desarrollar la gestión integral del riesgo, mayores incentivos entre los actores del sistema y el talento humano en salud, fortalecer la promoción y prevención, los hábitos saludables y el autocuidado, continuar con los esfuerzos de control al tabaco y de regulación sobre otros productos nocivos para la salud como las bebidas azucaradas, continuar implementando la ley estatutaria, desarrollar aún más los mecanismos de protección y de exclusiones, consolidar la política farmacéutica y el control de precios de tecnologías, perseverar en el equilibrio y saneamiento financiero, aumentar la confianza pública en el sistema, consolidar el sistema de información del sector y –en materia de descentralización– realizar reformas a las competencias territoriales y hospitales públicos.

Dicho este contexto, el presente informe contiene los resultados más destacados de los últimos cuatro años, los cuales se dividen en ocho (8) secciones. La primera es la presente introducción. En la segunda sección se exponen los principales resultados en materia de salud. La salud pública, las políticas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se describen en la sección tercera. La cuarta sección contiene lo relacionado los ajustes e innovaciones ocurridos en el periodo y los avances en el aseguramiento. Lo correspondiente a la prestación de los servicios y la calidad es presentado en la quinta sección. La sexta sección describe las actividades en materia de promoción social. Las actividades desarrolladas en cuanto a la inspección, vigilancia y control se describen en una séptima sección. Finalmente, el documento expone lo correspondiente a otros aspectos de la gestión sectorial e institucional (sección octava).

2. RESULTADOS EN SALUD

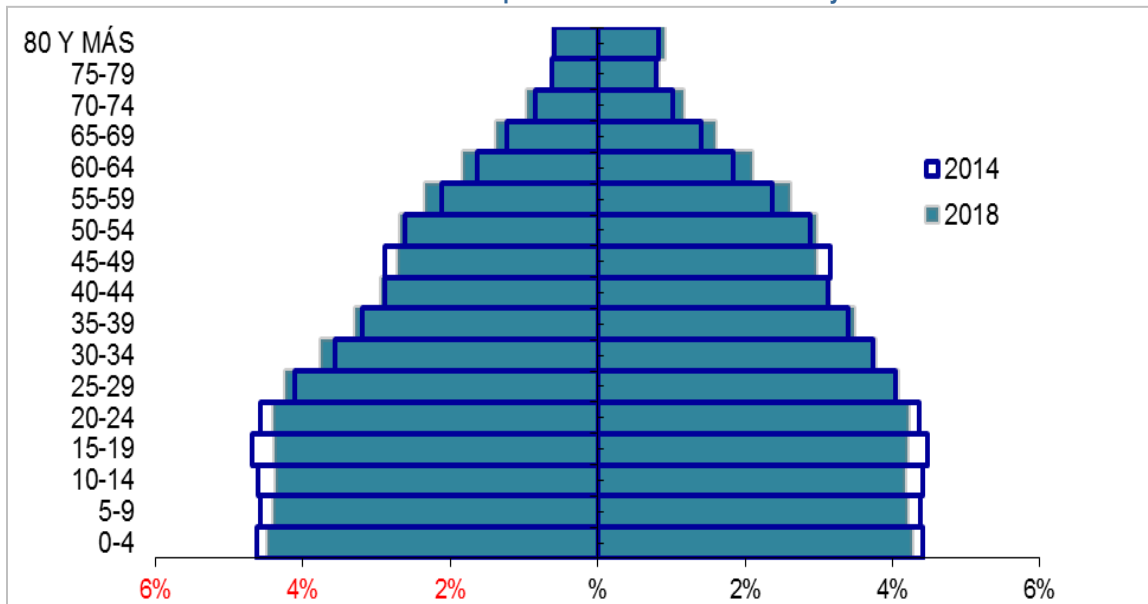
2.1 Indicadores de salud

Como se detallará más adelante, la mayoría de los indicadores trazadores de salud han mejorado sistemáticamente en los últimos años. Las Estadísticas Vitales (EE.VV.) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística–DANE, así como la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) evidencian, por ejemplo, la disminución de la mortalidad infantil y del embarazo adolescente. La mortalidad materna también ha caído. Por su parte, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) mostró una notable reducción de la desnutrición crónica (baja talla para la edad) en menores de 5 años y también una disminución del mismo indicador en escolares y adolescentes. Las prevalencias y mortalidades por distintas enfermedades (EDA, IRA) en menores de 5 años también se han reducido.

Contexto demográfico: tamaño y estructura poblacional

De acuerdo con las proyecciones del DANE, Colombia cuenta con una población de 49.834.240 habitantes a 2018. El 49,4% (24.605.796) de la población son hombres y el restante 50,6% (25.228.444), mujeres. La relación hombre mujer se ha mantenido estable durante el decenio; para este último año, por cada 100 mujeres hay 97,6 hombres.

Ilustración 1. Pirámide poblacional de Colombia. 2014 y 2018



Fuente: DANE, Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

Se evidencia un aumento en el índice de envejecimiento de la población con respecto al 2014 (en 6 personas –de 65 años y más–, por cada 100 habitantes en el país); y por consiguiente aumenta respectivamente el índice de dependencia en mayores, como se muestra a continuación.

Cuadro 1. Indicadores demográficos Colombia 2014 y 2018

Índice demográfico	2014	2018
Población total	47.661.787	49.834.240
Población masculina	23.531.670	24.605.796

Índice demográfico	2014	2018
Población femenina	24.130.117	25.228.444
Relación hombres: mujer	97,52	97,53
Razón niños: mujer	34	34
Índice de infancia	27	26
Índice de juventud	26	26
Índice de vejez	11	12
Índice de envejecimiento	40	46
Índice demográfico de dependencia	52,26	51,36
Índice de dependencia infantil	41,12	39,16
Índice de dependencia mayores	11,14	12,20
Índice de Friz	139,37	132,27

Fuente: DANE, Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad.

Indicadores de salud por curso de vida

PRIMERA INFANCIA

Para el cuatrienio se evidencia un leve incremento en las mujeres que reciben más de cuatro controles en su atención prenatal, lo que favorece las condiciones perinatales para el binomio madre hijo y su manejo integral.

Cuadro 2. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal

2005	2010	2014	2015	2016
80,95	85,54	87,92	88,42	88,43

Fuente: Estadísticas vitales –DANE. Consultado Bodega de datos SISPRO 26/03/2018.

De manera consecuente con el indicador del número de controles prenatales, se observa el comportamiento incremental de los partos atendidos por profesional calificado lo que mejora el pronóstico de los recién nacidos y la evolución de sus condiciones de salud.

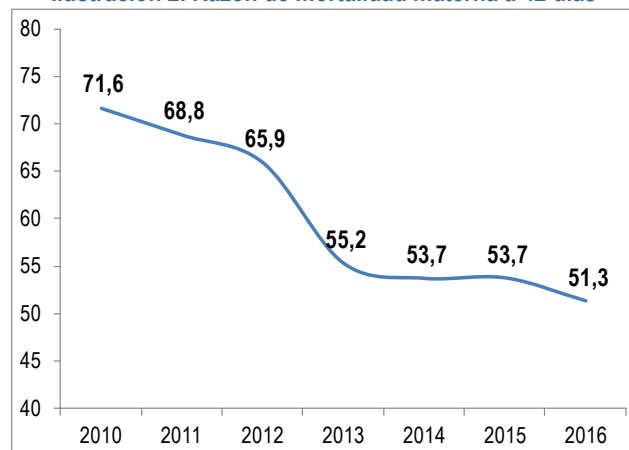
Cuadro 3. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado

2005	2010	2014	2015	2016
96,60	98,67	98,88	99,00	99,03

Fuente: Estadísticas vitales –DANE. Consultado Bodega de datos SISPRO 26/03/2018.

El aumento en el acceso a los servicios relacionados con salud reproductiva tiene un efecto significativo sobre la disminución de los riesgos asociados al embarazo y al parto y sobre el descenso en la mortalidad perinatal e infantil.

Ilustración 2. Razón de mortalidad materna a 42 días



Fuente: Estadísticas vitales–DANE. Consultado Bodega de datos SISPRO 26/03/2018.

Nota: Se mide a los 42 días como una razón por cada 100 mil nacidos vivos

Es importante resaltar la disminución en casi 3 puntos porcentuales en la mortalidad materna ocurrida en el último año (según el último dato disponible), lo que muestra un mejoramiento en el cuidado antenatal de las mujeres en gestación y un mayor compromiso de los servicios de salud.

Coberturas de vacunación

Los indicadores relacionados con la intervención de enfermedades inmunoprevenibles trazadores permiten observar un comportamiento de coberturas en aumento, lo que evidencia el compromiso adquirido con la primera infancia y la protección de su salud.

Cuadro 4. Triple viral* en niños y niñas de 1 año

2014	2015	2016	2017
91,26%	94,02%	92,61%	93,10%

Fuente: Registro programa PAI. Consultado Bodega de datos SISPRO 26/03/2018.

*Nota: Rubeola, sarampión y parotiditis

Cuadro 5. Terceras dosis de DPT*

2014	2015	2016	2017
90,26%	91,39%	91,25%	91,60%

Fuente: Registro programa PAI. Consultado Bodega de datos SISPRO 26/03/2018.

*Nota: Esta cobertura se toma de la aplicación de la vacuna con pentavalente que incluye la DPT (Difteria, Bordetella-Pertusis y Tétanos).

Cuadro 6. BCG

2014	2015	2016	2017
88,74%	89,66%	88,33%	91,35%

Fuente: Registro programa PAI. Consultado Bodega de datos SISPRO 26/03/2018.

Cuadro 7. Terceras dosis de Polio

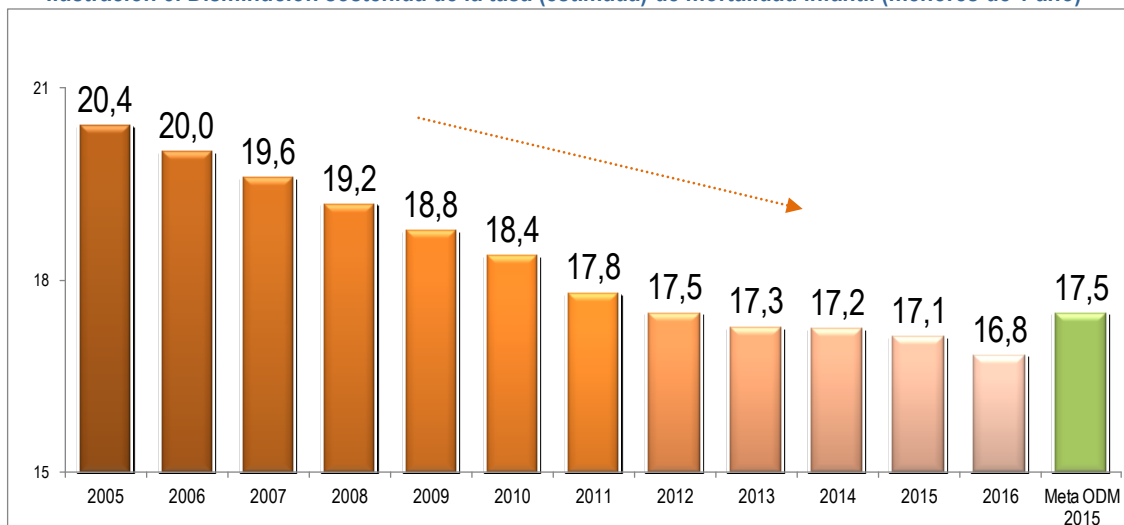
2014	2015	2016	2017
89,99%	91,35%	91,19%	91,60%

Fuente: Registro programa PAI. Consultado Bodega de datos SISPRO 26/03/2018.

Mortalidad infantil y en la niñez

Las intervenciones en los servicios de salud a la primera infancia, desde los diferentes ámbitos, favorecen la disminución en la ocurrencia de la mortalidad infantil y en la niñez.

Ilustración 3. Disminución sostenida de la tasa (estimada) de mortalidad infantil (menores de 1 año)



Fuente: Estimaciones del DANE mediante técnicas demográficas de ajuste y DNP/CONPES Social 140 de 2011 (Objetivos del Milenio-ODM).

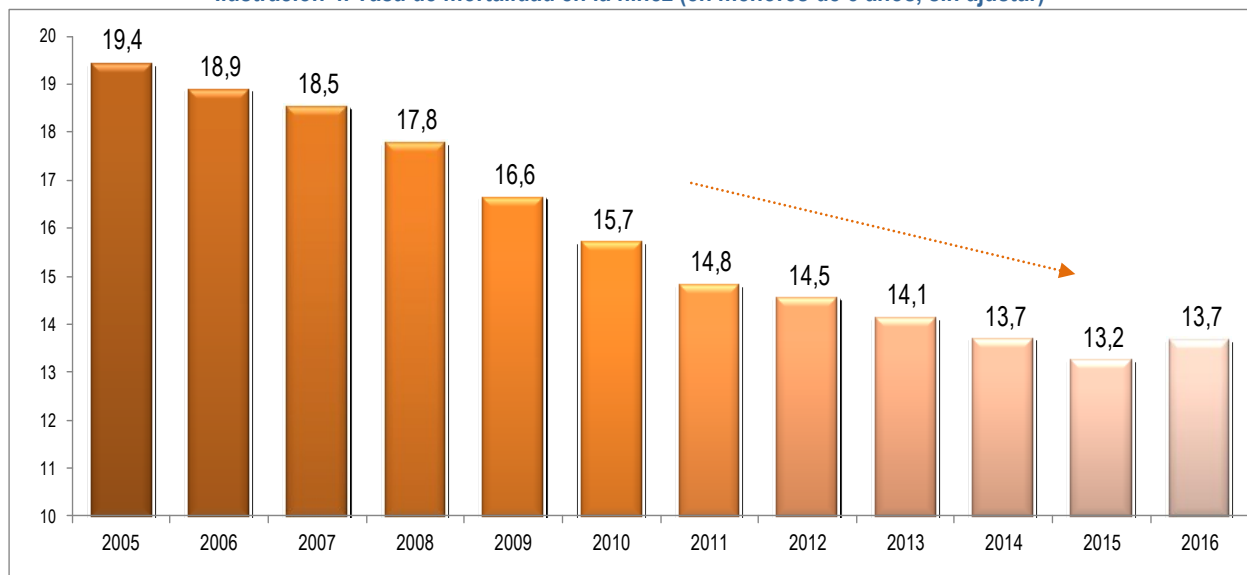
Nota: La mortalidad infantil se mide como una tasa ajustada por cada mil nacidos vivos para los menores de un año.

Cuadro 8. Tasa (estimada) de mortalidad en la niñez

2014	2015
19,2	18,7

Fuente: DANE-Estadísticas Vitales ajustadas por métodos demográficos y estadísticos.

Ilustración 4. Tasa de mortalidad en la niñez (en menores de 5 años, sin ajustar)



Fuente: Cálculos propios Minsalud con base en DANE (Estadísticas Vitales-EE.VV.)

Nota: Se mide como una tasa por 1.000 nacidos vivos para los menores de 5 años

La tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años pasó de 13,4 (por cada 100 mil) en 2005 a 3,3 en 2015. La tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en este grupo de edad pasó de 25,1 (por cada 100 mil) a 13,2 en el mismo periodo, mientras que la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (por cada 100 mil) pasó de 14,9 en 2005 a 6,8 en 2015. Sin embargo, las mortalidades relacionadas con estos eventos muestran un leve aumento para el 2016 (último año del que se tiene dato), por lo que actualmente se da un fortalecimiento de intervenciones desde los diferentes ámbitos que permitan disminuir su presencia.

Cuadro 9. Tasas de mortalidad en niños menores de 5 años por distintos eventos

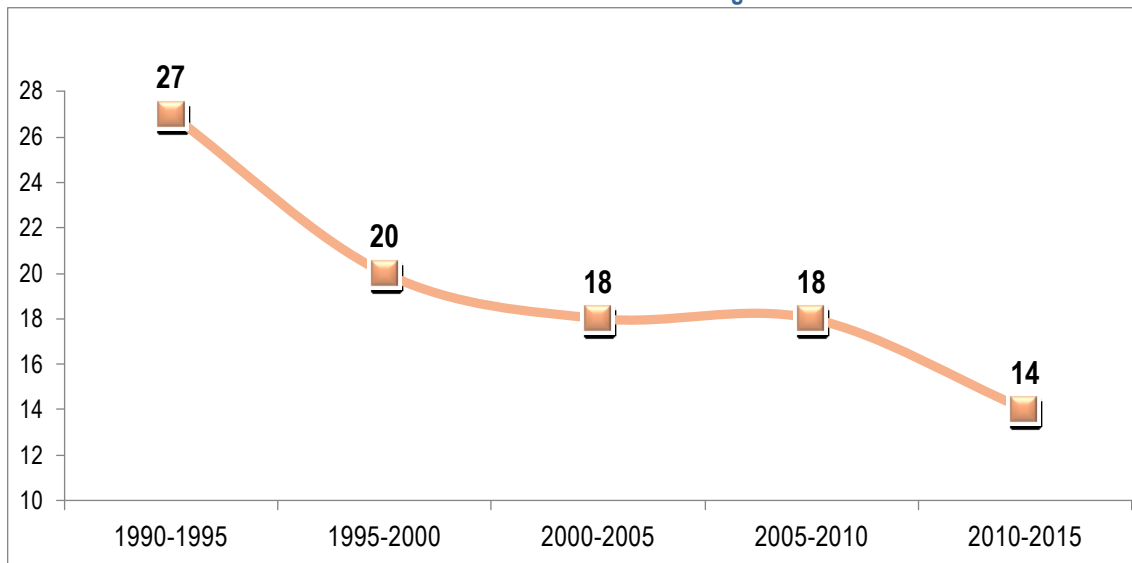
Indicador	2005	2010	2014	2015	2016
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por EDA	13,38	5,26	3,11	3,29	3,46
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por IRA	25,14	16,50	12,46	13,17	13,84
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	14,87	8,15	6,82	6,83	8,24

Fuente: Cálculos propios Minsalud con base en DANE (Estadísticas Vitales-EE.VV.)-DANE. Consultado Bodega de datos SISPRO 26/03/2018.

Este tipo de resultados ya habían sido corroborados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS publicada recientemente³. Por ejemplo, en los noventa se presentaba una tasa de 27 por mil nacidos vivos y ahora se ubicó en 14 según la ENDS, lo que representa una disminución del 48% en la tasa total.

³ Para más detalles, se sugiere consultar el informe completo de la ENDS, disponible en el Repositorio Digital del Ministerio, en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/libro-ends-2015.zip>, y el resumen ejecutivo disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/ENDS-libro-resumen-ejecutivo-2016.pdf>

Ilustración 5. Tasa de mortalidad infantil según la ENDS



Fuente: ENDS, 1995, 2000, 2005 y 2015

Nota: Se mide para los niños y niñas menores de un año como una tasa por cada 1.000 nacidos vivos

LA ENDS también se evidenció a nivel nacional un aumento en la atención prenatal brindada por parte de personal calificado con respecto al número de visitas prenatales de control: el 92% obtuvo cuatro visitas o más en la zona urbana y el 83,7% en la zona rural. Estas cifras reflejan un aumento del 1 y 3%, respectivamente, con respecto a la encuesta anterior. Como contraste de estos resultados y según las Estadísticas Vitales del DANE, el porcentaje de nacimientos con 4 o más controles prenatales, según área, se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro 10. Porcentaje de nacimientos con 4 o más controles prenatales

Año / Área	Urbana	Rural*
2005	83,7	71,3
2006	84,3	73,0
2007	85,0	74,6
2008	85,8	75,5
2009	86,0	75,8
2010	87,7	77,7
2011	86,6	76,9
2012	86,8	77,7
2013	88,5	79,2
2014	89,7	81,1
2015	90,3	81,1
2016	90,3	81,3

Fuente: Cálculos propios Minsalud con base en DANE (Estadísticas Vitales-EE.VV)

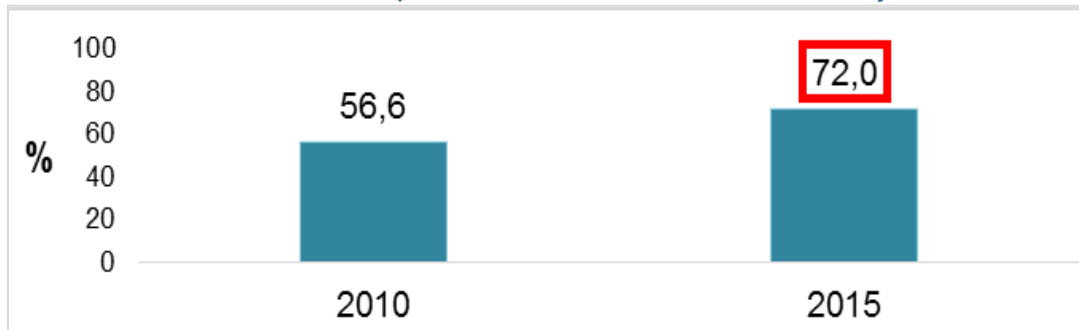
Nota: El área rural corresponde a centros poblados y zonas rurales dispersas.

Inicio temprano de la lactancia materna

Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional-ENSIN⁴, el comienzo temprano de la lactancia materna en los recién nacidos (dentro de la primera hora de nacido) muestra un interesante aumento en 15,4 puntos porcentuales entre 2010 y 2015, comportamiento que redundará en la protección de la primera infancia.

⁴ La ENSIN hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud (SNEE) establecido por el MSPS en 2013, el cual tiene como fin dirigir todos los estudios de interés para la salud del país. En la última encuesta participaron el Instituto Nacional de Salud (INS), Prosperidad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Universidad Nacional de Colombia y el MSPS. Contó también con el apoyo de entidades como el DANE, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia (ACAC).

Ilustración 6. Inicio temprano de la lactancia materna. Colombia 2010 y 2015

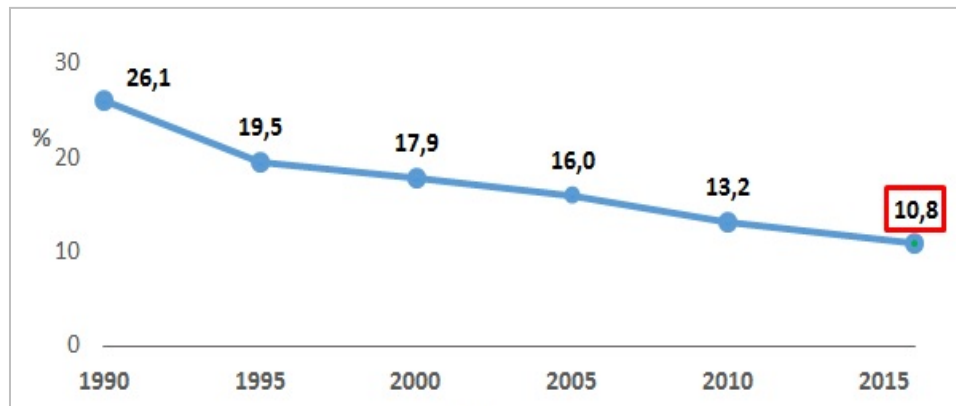


Fuente: ENSIN.

Retraso en talla

La ENSIN mostró una notable reducción del retraso en talla (baja talla para la edad) en menores de 5 años, el mismo comportamiento se observa del año 2010 a 2015 en escolares (5 a 12 años) pasando de 9,1 a 7,4 y en adolescentes (13 a 17 años) de 11,5 a 9,7 según resultados de la ENSIN 2015.

Ilustración 7. Retraso en talla en menores de 5 años



Fuente: Informe OMS para 1990. ENDS para 1995-2000 y ENSIN para 2005-2015.

Nota: El porcentaje se calcula para niños y niñas menores de 5 años

Indicadores de salud bucal del IV Estudio Nacional de Salud Bucal-ENSAB

Por primera vez en un estudio poblacional en Colombia y en el mundo, se incluyen los niños de 1 año, con un doble propósito: conocer las condiciones de salud-enfermedad-atención de los niños y reconocer el acceso a la atención odontológica. Se encontró que el 6,0% ya han tenido experiencia de caries; mientras para el acumulado de los niños de 1, 3 y 5 años se identifica que el 33,3% han presentado en algún momento de su vida caries dental.

ADOLESCENCIA

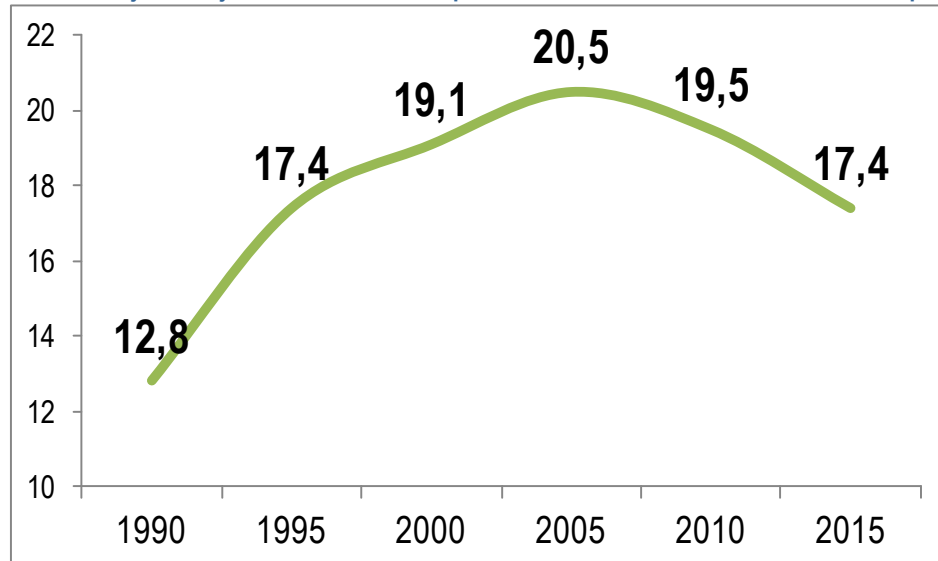
Indicadores de salud sexual y reproductiva

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes entre 15 y 19 años, la ENDS evidencia que el porcentaje de mujeres en este grupo de edad que no los usan es 69,9%. En los hombres, el valor es de 52,7%.

A partir de 2010, como lo confirman los hallazgos de la ENDS, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo (o hija) disminuyó pasando del 20,5% en 2005 al 17,4%. Vale la pena resaltar que el descenso del porcentaje de adolescentes madres o embarazadas del primer hijo o hija se presentó en todos

los niveles de desagregación: edad, zona, región, nivel educativo y quintil de riqueza, siendo mayor entre las mujeres de 19 años.

Ilustración 8. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas de su primer hijo(a)



Fuente: Encuesta de Demografía y Salud - ENDS

Indicadores del IV Estudio Nacional de Salud Bucal–ENSAB

Un indicador importante de la mejoría de las condiciones de salud bucal en los niños de 12 años, es el índice de COP que pasó de 2,3 en 1998 a 1,5 en el ENSAB IV, manteniendo al país en el rango entre 1.2 y 2.6 de la OMS considerado como bajo (*World Health Organization-WHO, 2002*).

Indicadores de la Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM

El 29,3% de los adolescentes de 12 a 17 años, presentó por lo menos un evento traumático en su vida. Frente al abuso de alcohol, la prevalencia para este grupo de edad es de 2,8% con una reducción en más de la mitad con respecto al 2003 (6,7%).

La prevalencia (últimos 12 meses) de trastornos mentales en adolescentes en cualquier trastorno afectivo fue 5,3% en la ENSM 2003, mientras que para 2015 fue de 1,2%. Para trastorno de ansiedad fue de 5,5% en 2013 y de 3,5% en 2015. En depresión mayor fue de 5,0% en 2003 y de 0,8% en 2015. La ideación suicida estuvo alrededor de 6,6% y el intento suicida 2,5%.

ADULTEZ

Indicadores sobre métodos anticonceptivos

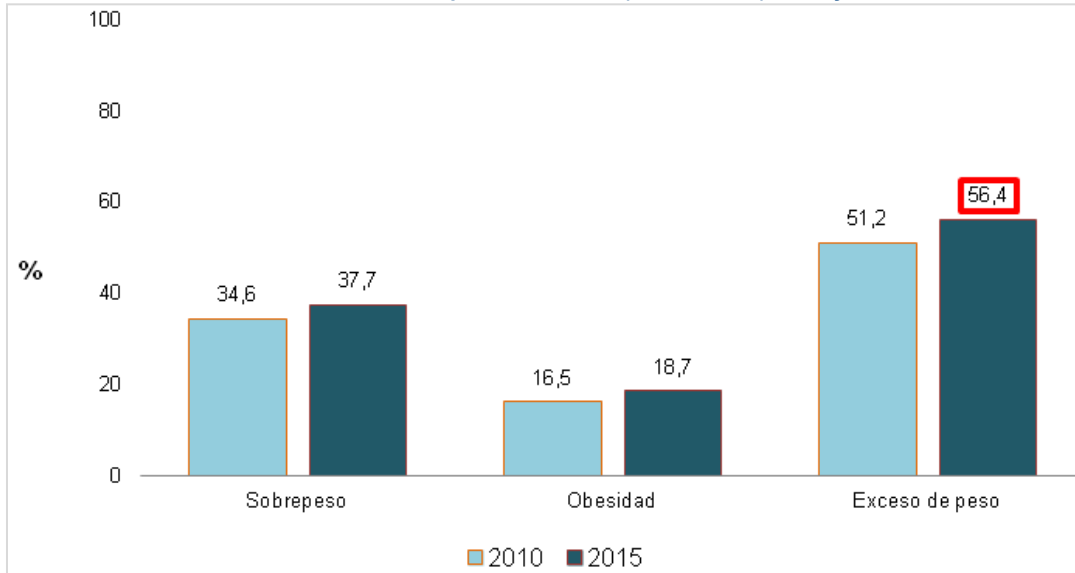
Con respecto al uso alguna vez de cualquier método anticonceptivo se identifica que en las mujeres entre 15 y 49 años actualmente unidas corresponde a un 97,9%; mientras para el uso actual es 81,0%. Estos datos de la ENDS muestran un aumento de alrededor de 1 punto porcentual con respecto a la medición del 2010 (97,1% y 79,1%) respectivamente.

Por primera vez, en la ENDS 2015 se incluye información para hombres mostrado que para el grupo de 13 a 49 años en unión, el uso de alguna vez de algún método anticonceptivo es de 93,2% y el uso actual corresponde a un 82,7%.

Indicador antropométrico

La encuesta muestra un aumento de 5,2 puntos porcentuales el exceso de peso en los adultos, situación que hace necesario el mejoramiento de los hábitos alimenticios de la población, trabajo que se viene liderando con distintas iniciativas, una de ellas, la del impuesto a las bebidas azucaradas.

Ilustración 9. Exceso de peso en adultos (18 a 64 años). 2010 y 2015

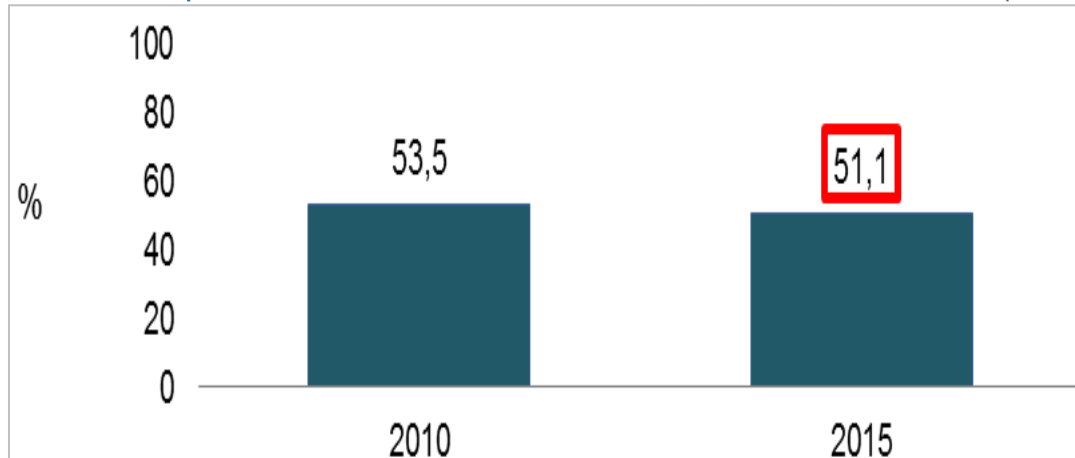


Fuente: ENSIN.

Actividad física

El comportamiento de población en la realización adecuada de actividad física disminuyó en 2,4 puntos porcentuales. Este hábito aporta en parte al aumento del indicador de exceso de peso y requiere de intervención especial.

Ilustración 10. Cumplimiento en recomendaciones de actividad física, 18–64 años, zonas urbanas (cabecera)

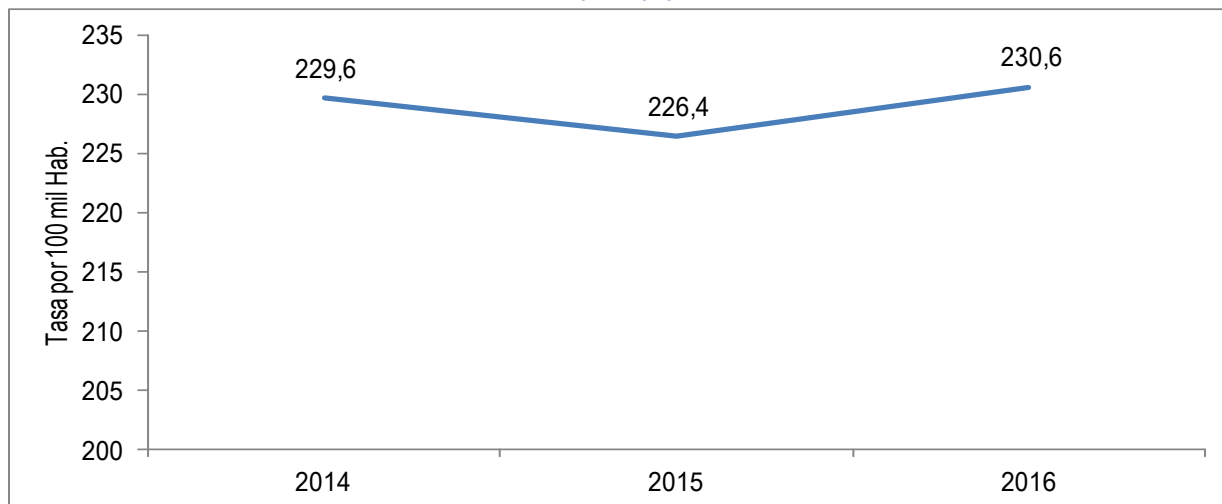


Fuente: ENSIN.

Mega–meta⁵

En la siguiente ilustración se observa un leve incremento en el comportamiento de las enfermedades no transmisibles seleccionadas para su vigilancia especial, en periodo del 2014 al 2016, razón que motiva a la priorización de dichos eventos en la definición de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) priorizadas para su intervención.

Ilustración 11. Tasa de mortalidad por enfermedades no transmisibles seleccionadas. Personas entre 30 y 70 años, 2014–2016



Fuente: Cálculos propios Minsalud con base en DANE (Estadísticas Vitales-EE.VV.). Consultado Bodega de datos SISPRO 02/04/2018.

Según el último dato disponible, es importante resaltar que de las enfermedades no transmisibles seleccionadas, las que mayor aporte realizan al aumento del indicador de mortalidad son las neoplasias con un aumento de más de 3 puntos por cada cien mil habitantes, mientras que la diabetes presenta una leve disminución en más de 1 punto, como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro 11. Tasas de mortalidad específicas por cada enfermedad no transmisible seleccionada, personas entre 30 y 70 años Colombia, 2014-2016

Año	Neoplasias	Enfermedades del sistema circulatorio	Diabetes	Enfermedades de vías respiratorias inferiores
2014	102,78	95,65	14,04	10,11
2015	103,56	98,26	14,23	10,31
2016	106,58	99,43	13,73	10,83

Fuente: Cálculos propios Minsalud con base en DANE (Estadísticas Vitales-EE.VV.). Consultado Bodega de datos SISPRO 02/04/2018.

Indicadores en salud bucal, según ENSAB IV

- El 91,6% de las personas entre 12 y 79 años han presentado en algún momento de su vida caries dental. Sin embargo, se ha mejorado en la atención a esta situación, al reducirse la población que aún no ha recibido tratamiento completo para esta enfermedad.
- Dentro de las metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Dental Internacional (FDI), se ha cumplido con la disminución del edentulismo, pues el 75% de las personas de 35 a 44 años, conservaran mínimo 20 dientes; un 54,5% de personas tiene su dentición completa.

⁵ En consonancia con la meta mundial 25x25 (reducir en 25 años la mortalidad por enfermedades no transmisibles-ENT en el grupo de edad de 30 a 70 años, en un 25%) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Gobierno Nacional, específicamente el MSPS, tomó la decisión de establecer como “mega–meta” del sector salud, la reducción de la mortalidad prematura por ENT en la población de 30 a 70 años, en un 8% a 2018. Es decir, salvar la vida de 14.000 mil colombianos en cuatro años.

ADULTO MAYOR

Indicadores del Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento–SABE, 2015

- Según el estudio SABE y en cuanto a funcionalidad, el 79% de la población es independiente en sus Actividades de Vida Diarias básicas (AVDB), se deteriora con la edad y hay mayor dependencia en las mujeres y en estratos socioeconómicos bajos.
- La prevalencia de hipertensión arterial (60,7%) encontrada fue ligeramente inferior a la reportada en estudios internacionales en los cuales la prevalencia de la hipertensión arterial en el adulto con 60 años y más se encuentra por encima del 60%.
- En esta encuesta, la prevalencia total de diabetes en la población adulta mayor fue 18,5%⁶ y fue mayor en mujeres. La prevalencia de diabetes encontrada en la SABE es muy similar a la reportada por la encuesta SABE Bogotá (17,5%).
- La artritis-artrosis fue la segunda condición crónica más frecuentemente encontrada en este estudio. La prevalencia total fue de 26,6%⁷ considerándose baja en comparación con la reportada en otros estudios.
- La prevalencia total de osteoporosis fue 12,4%, mayor en mujeres y aumenta en la medida que se incrementa la edad. El porcentaje encontrado de osteoporosis está dentro de los rangos esperados para países latinoamericanos con un rango de osteoporosis vertebral desde 12.1% a 17.6% y de osteoporosis en cuello femoral desde 7,9% a 22%.
- La prevalencia total de cáncer fue 5,3% considerándose la esperada según el patrón epidemiológico del país.
- La prevalencia de enfermedad cerebro-vascular (ECV) fue de 4,7%⁸ La prevalencia de ECV fue muy cercana a la encontrada en la encuesta SABE Bogotá (4,9%) y fue menor a la observada en otros países de Latinoamérica.
- El deterioro visual fue la condición crónica más frecuente. La prevalencia total fue 88,9%, similar entre hombres y mujeres. La prevalencia total de deterioro auditivo fue 27,1%. La prevalencia aumentó con la edad y fue ligeramente menor en las mujeres.
- En esta encuesta la prevalencia total de los síntomas depresivos fue 41,0%. Otros estudios en Colombia muestran una prevalencia similar pero es mayor que en Latinoamérica, como en Brasil, con una prevalencia de depresión en adultos mayores de 23,9%.
- La prevalencia global de deterioro cognoscitivo leve fue de 17,6%. A mayor edad se observó mayor prevalencia de deterioro cognoscitivo. Según la SABE de Ecuador, utilizando el mismo instrumento, se informa una prevalencia de deterioro cognoscitivo total de 21,3%.
- El 84,8% padece de más de una condición crónica de salud (multimorbilidad). Las dos condiciones crónicas de salud que se presentaron en más del 40% son hipertensión arterial y la presencia de síntomas depresivos, seguidos por condiciones crónicas asociadas al envejecimiento como problemas visuales y auditivos.
- En servicios de salud se encontró que el 94,9% refirieron hacerlo a medicina general o medicina especializada, al 84.2% le prescribieron medicamentos en la última consulta médica a la que acudió y el 86,9% recibió los medicamentos completos.

2.2 Acceso a los servicios y estado de salud de la población

El acceso efectivo a los servicios de salud es una de las principales preocupaciones del sistema en la actualidad junto con el uso adecuado de los recursos para la sostenibilidad del sistema. Tres aspectos centrales para un acceso

⁶ Con un intervalo de confianza -o IC- (significancia del 95%) de 16,7% – 20,5%

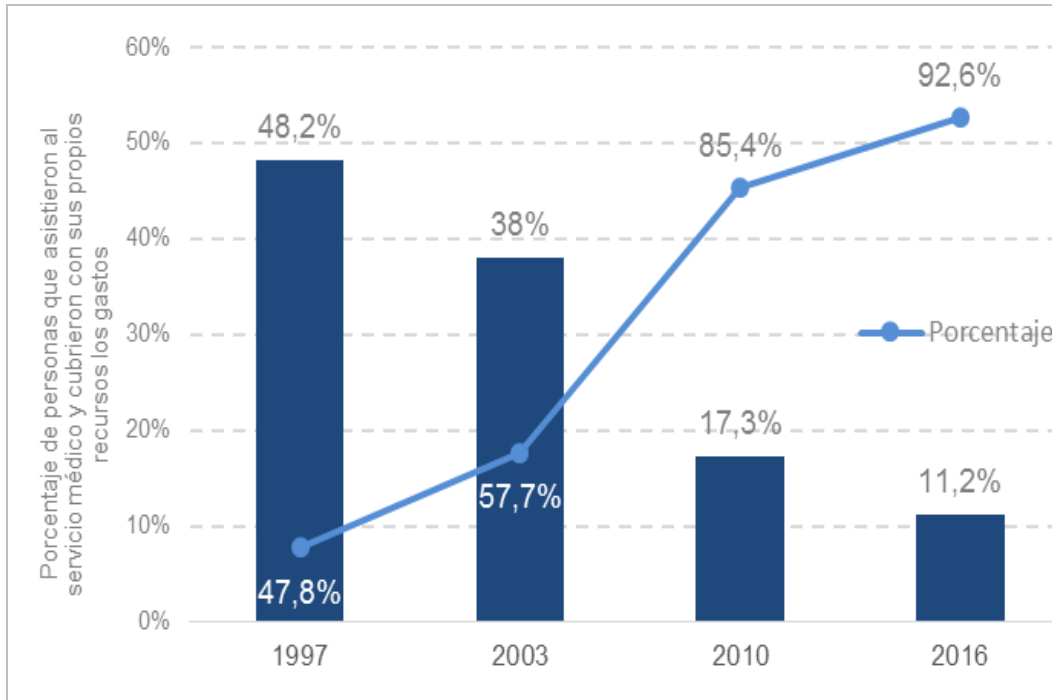
⁷ Con un IC(95%) de 24,5%–28,8%

⁸ IC(95%): 4,2%-5,3%.

efectivo deben juzgarse en esta área; estos son: i) el acceso a los servicios de salud cuando se requieren, ii) la calidad de los servicios prestados y iii) la gestión del riesgo en salud por parte de las EPS.

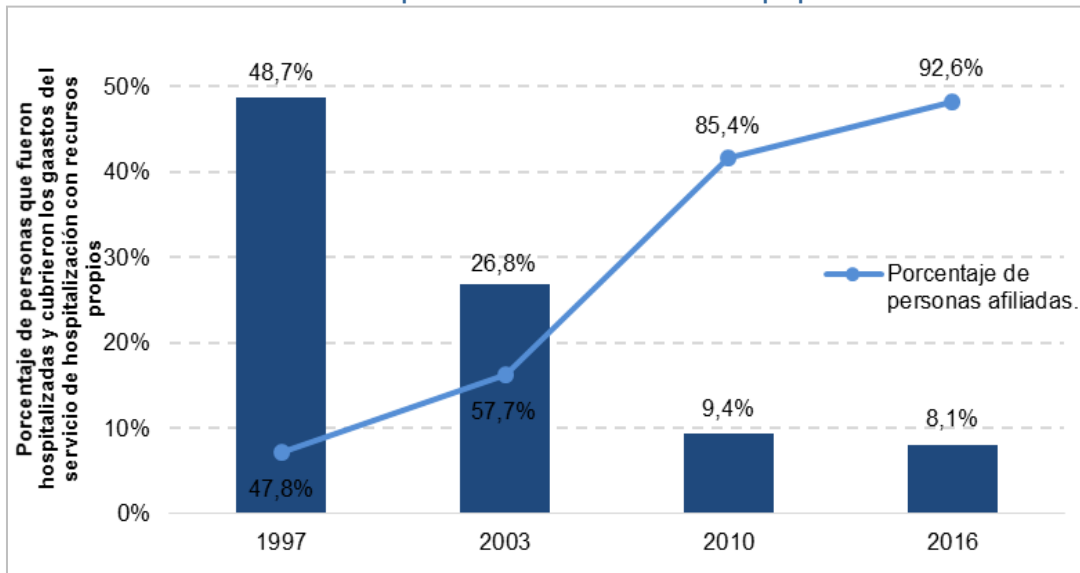
Cuando se evalúa el acceso efectivo a los servicios a partir de las encuestas poblacionales, se encuentra una mejoría en la cobertura que el sistema ofrece a los ciudadanos (ver ilustraciones siguientes).

Ilustración 12. Gasto en servicios médicos cubierto con recursos propios vs. porcentaje de cobertura



Fuente: Cálculos MSPS con base en la ECV 1997, 2003, 2010 y 2016 del DANE

Ilustración 13. Gasto en hospitalización cubierto con recursos propios vs. cobertura



Fuente: Cálculos MSPS con base en la ECV 1997, 2003, 2010 y 2016 del DANE

El acceso a los servicios de los sistemas de salud también se entiende como “la posibilidad de obtener atención cuando se la necesita” (Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2007) así como contar con la protección financiera y la representación apropiada en la gestión de los servicios de salud cuando se requiera dicha atención.

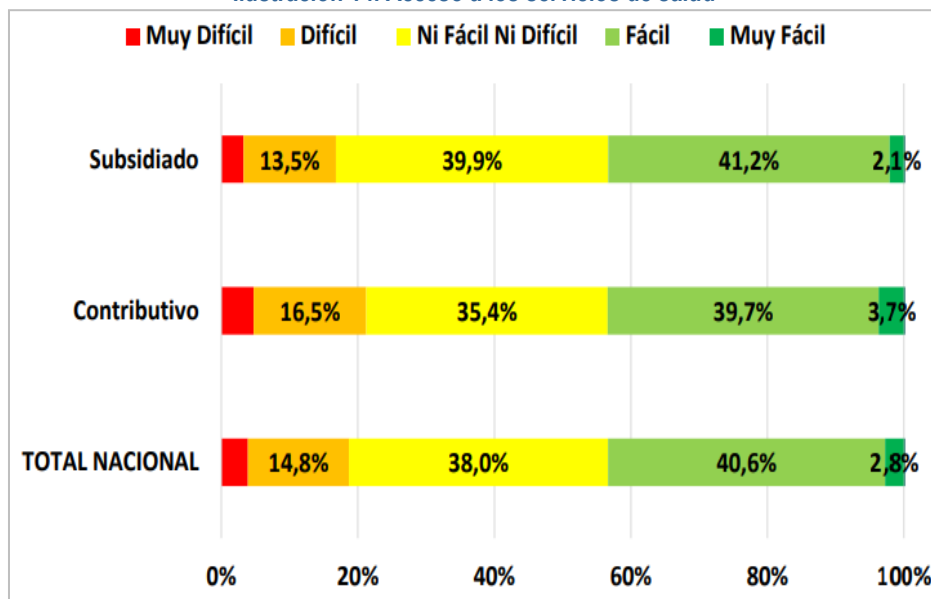
El acceso a la atención individual en salud frente a los médicos y prestadores se refiere a la capacidad de la oferta de servicios para permitir el uso directo de los servicios tan pronto como las personas requieran contar con la atención, de acuerdo a su condición clínica. De esta manera, existen dificultades de acceso cuando la capacidad demandada es menor a la ofertada, o cuando no hay una disponibilidad apropiada (horarios de atención, instalaciones físicas). Adicionalmente, otros factores condicionan las posibilidades de acceso, como la localización geográfica, medios de comunicación y transporte, capacidad funcional, o los relacionados con el comportamiento y cultura de las personas, que les previene de usar los servicios (MSPS, 2009).

En este mismo sentido y con el fin de indagar la manera en que los usuarios perciben los servicios recibidos por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), desde 2014 el MSPS realiza anualmente una Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS⁹. Los resultados son variados:

Una de las maneras de medir el **acceso** con esta encuesta es a través del cálculo del cociente de los usuarios que respondieron "Fácil" o "Muy fácil" sobre el total de usuarios que respondieron a la pregunta: “En general, en los últimos 6 meses, usted considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue...”.

En 2017, la percepción de la facilidad de acceso a los servicios de salud fue aproximadamente 43% (ver ilustración siguiente). Este mismo indicador en 2014 fue de 54%; en 2015, 43% y en 2016, 49%.¹⁰

Ilustración 14. Acceso a los servicios de salud



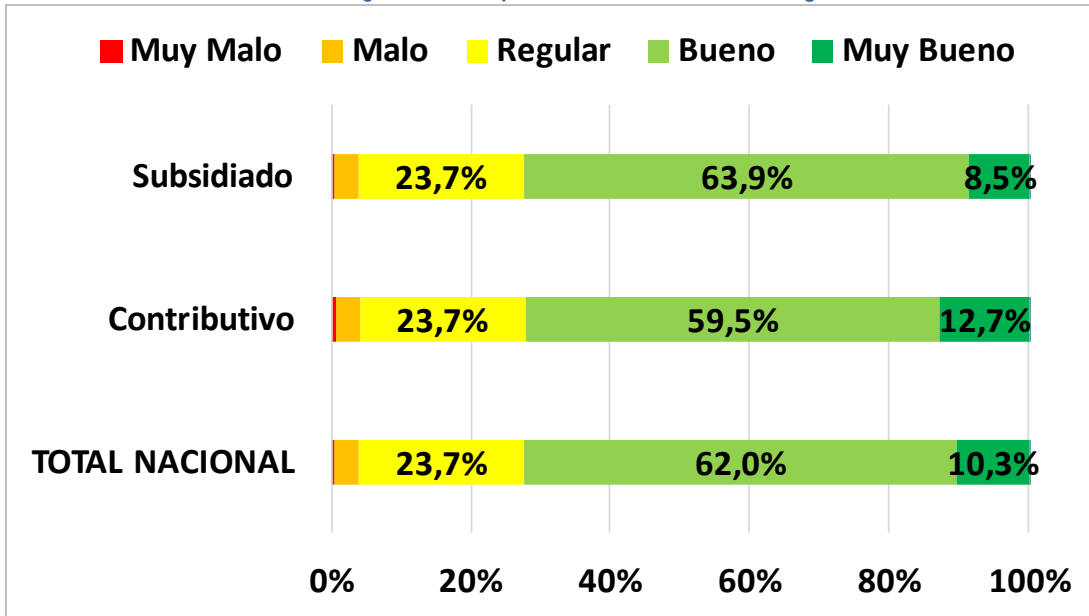
Fuente: Minsalud. Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS

⁹ Para mayores detalles de esta encuesta, se sugiere consultar la sección quinta del presente documento enlaces del Observatorio de Calidad en Salud: <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx> , <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/publicaciones/Paginas/default.aspx> y <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/visor-encuesta-satisfacion-eps-2017.pdf> .

¹⁰ Si bien el indicador desmejoró, en esta encuesta se obtuvo que la proporción de usuarios que utilizaron la tutela o el derecho de petición para obtener un servicio disminuyó con respecto al año anterior. El resultado también contrasta con que el 86% de los usuarios consideró que podrá acceder de forma oportuna o a tiempo a los servicios de salud necesarios a través de su EPS, en el caso que llegaran a estar gravemente enfermos. Este porcentaje resultó prácticamente igual al obtenido el año inmediatamente anterior.

Por otra parte, en la encuesta 2017 los usuarios declararon que su estado de salud era “muy bueno” o “bueno” ronda el 72% (ver ilustración siguiente). En 2015, marcó 70% y en 2016 también fue de 72%

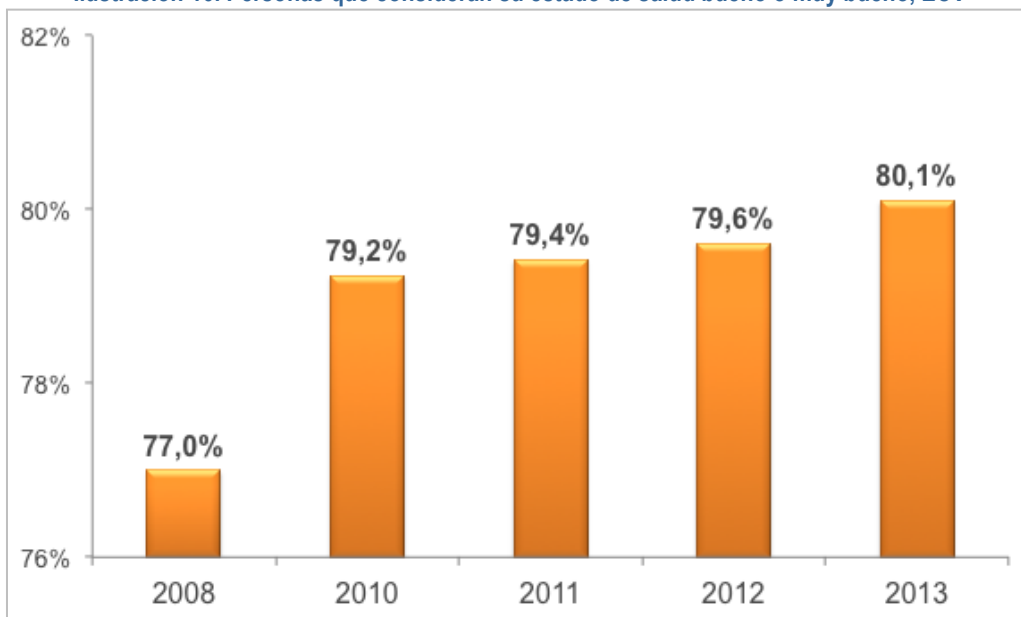
Ilustración 15. ¿Cómo cree que es su estado de salud en general?



Fuente: Minsalud. Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS

Es así como, en términos de la calidad del servicio y el acceso, el SGSSS colombiano tiene un buen desempeño como se podría juzgar de los resultados de algunas encuestas poblacionales realizadas a nivel nacional. Un ejercicio interesante consiste en contrastar algunos de estos resultados obtenidos por Minsalud con los que calcula el DANE a través de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

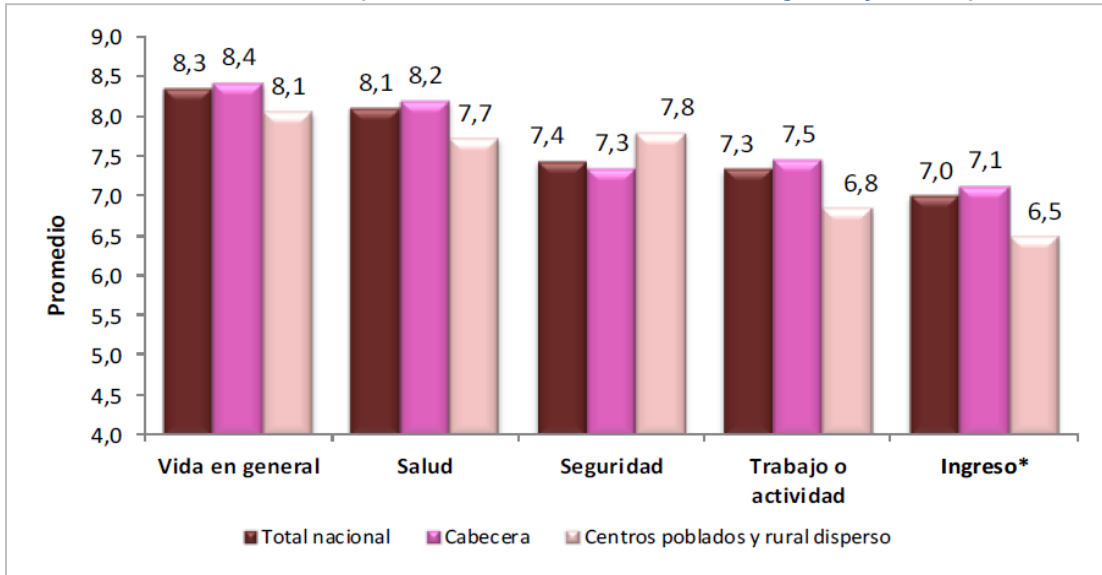
Ilustración 16. Personas que consideran su estado de salud bueno o muy bueno, ECV



Fuente: DANE. Encuestas de Calidad de Vida, 2008, 2010, 2011, 2012 y 2013.

La ECV de 2017 incluyó una serie de preguntas sobre bienestar subjetivo para conocer, entre otros temas, qué tan satisfechas se sienten las personas de 15 años y más con su vida en general y con algunos aspectos específicos, y qué tanto valoran las cosas que hacen en su vida.

Ilustración 17. Calificación promedio de satisfacción con la vida en general y otros aspectos



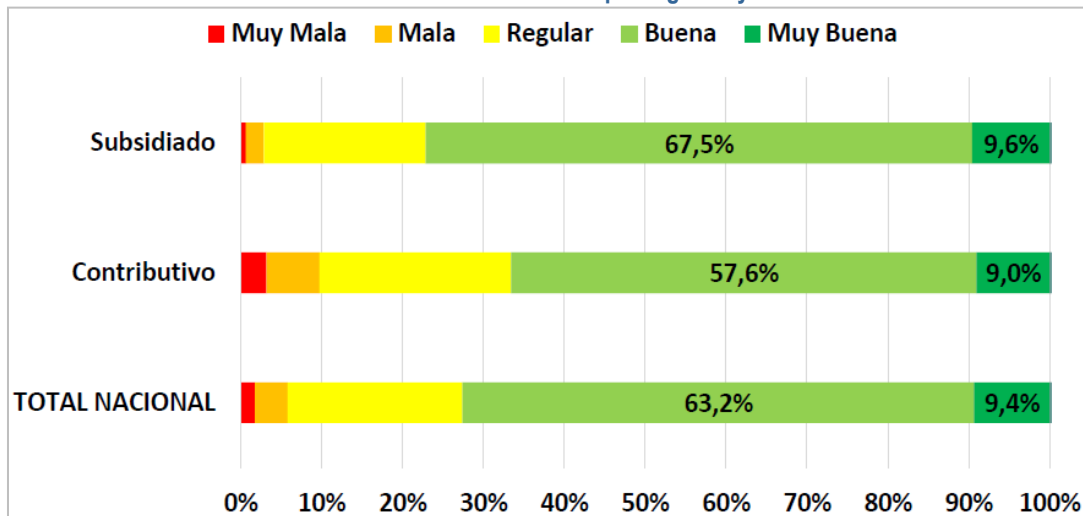
Fuente: DANE-ECV

Nota: Para calificar la satisfacción se utilizó una escala de 0 a 10, donde 0 significa "totalmente insatisfecho(a)" y 10 significa "totalmente satisfecho(a)". Se calcula sobre las personas de 15 años y más que manifestaron percibir ingresos

En el caso de la satisfacción con la vida, las respuestas arrojaron una calificación promedio de cerca de 8 puntos para el total nacional. **El aspecto específico de la vida mejor calificado fue la salud**, seguido por la seguridad, el trabajo o actividad desempeñado y –por último– el ingreso.

No obstante estos resultados, existe conciencia en seguir avanzando en la calidad de los servicios en todas las entidades que componen el sistema. Cuando se analiza el desempeño de las EPS se encuentra un grado aceptable en la percepción que tienen las personas de los servicios recibidos de parte de estas entidades (ver ilustración).

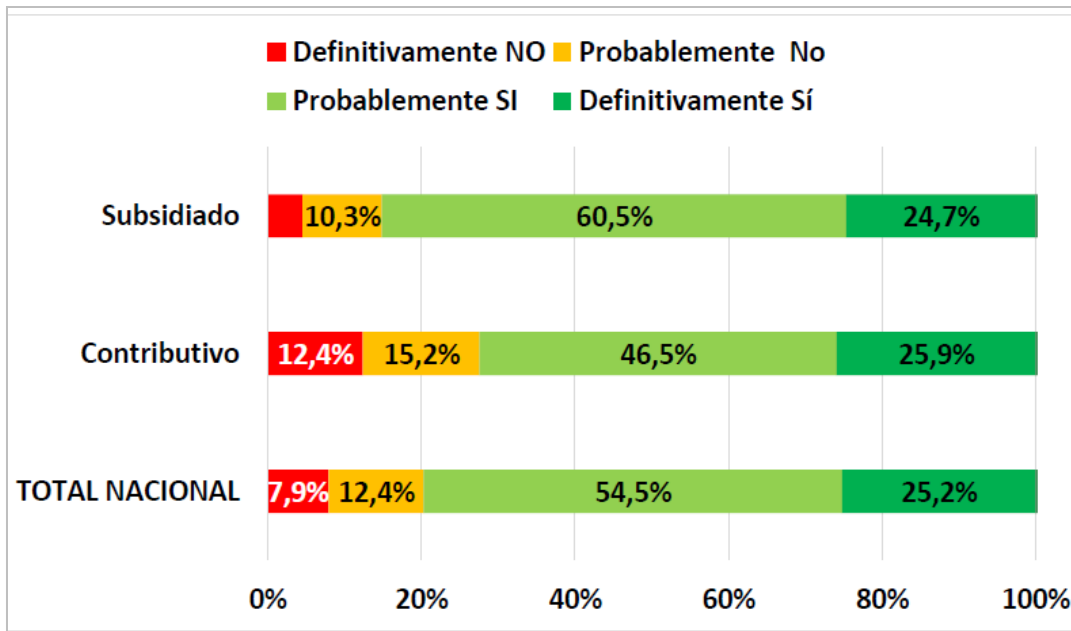
Ilustración 18. Calificación de las EPS por régimen y total nacional



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, 2017.

Cuando se indaga a los usuarios si recomendaría su EPS el porcentaje de personas que consideraría recomendarla es importante (ver ilustración).

Ilustración 19. Recomendaría su EPS



Fuente: Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, 2017

3. SALUD PÚBLICA Y POLÍTICAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

En los buenos resultados expuestos en el bloque anterior ha influido el claro reimpulso que se le ha dado a la salud pública y a las políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con acciones y medidas concretas que persiguen el bienestar de todos los colombianos. En esta materia, se destaca la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2022 (formulado en el cuatrienio anterior como resultado de un consenso nacional y amplia participación), con enfoque de determinantes sociales de la salud y abordaje intersectorial que cubre 8 dimensiones prioritarias y 2 transversales que permitieron consolidar objetivos y componentes concretos en torno a la salud pública del país. Por otra parte, a pesar de las dificultades fiscales se ha perseverado en las inversiones públicas que se requieren para disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, a través de la vacunación gratuita. Así mismo, las medidas adoptadas frente al control al tabaco, como la aprobación del incremento progresivo al consumo del cigarrillo, así como la discusión misma sobre los impuestos a las bebidas azucaradas constituyen un avance significativo en las políticas preventivas y que con ello se disminuya efectivamente el riesgo de sufrir enfermedades, y en particular, las crónicas no transmisibles.

3.1 Plan Decenal de Salud Pública–PDSP

En la implementación del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP 2012–2021, el MSPS –en cumplimiento de la Resolución 1841 de 2013– orientó el desarrollo e implementación del PDSP en los territorios, con el desarrollo de lineamientos y adaptación de metodologías y herramientas y el fortalecimiento de las capacidades para la planeación integral en salud, articulados desde las estrategias definidas para estos fines, los mandatos del PDSP y la Ley Estatutaria en Salud, mediante los procesos definidos en la metodología “PASE a la Equidad en Salud”.

Dado que el Plan Territorial de Salud (PTS) es el instrumento de planificación estratégica y operativa que permite a departamentos, distritos y municipios, adoptar y adaptar el PDSP 2012- 2021 de acuerdo con las competencias, necesidades, condiciones y características del territorio, el Ministerio definió para el proceso de planeación integral en salud la metodología PASE a la Equidad en Salud, la cual incluye el monitoreo y evaluación del Plan Territorial de Salud, para facilitar la implementación del PDSP.

De acuerdo con lo anterior, los PTS deben elaborarse para la vigencia de la respectiva administración, lo cual significa que el cumplimiento del PDSP 2012-2021 requerirá de tres generaciones de PTS: la primera 2012–2015 para la cual los gobernantes realizaron un ejercicio de armonización con los Planes de Desarrollo y los Planes Territoriales de Salud vigentes; la segunda generación, en el período 2016-2019; y la tercera, dado el horizonte del PDSP, podría tener una duración de dos años.

Los procesos contenidos en la metodología PASE a la Equidad en Salud se operan bajo el ciclo de la gestión pública y la dimensión transversal de Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria del PDSP y son:

- Alistamiento institucional para la planeación integral en salud en los territorios.
- Ruta lógica de formulación del Plan Territorial de Salud (PTS) y los planes operativos (Componente Operativo Anual de Inversiones–COAI y Plan de Acción en Salud–PAS).
- Monitoreo y evaluación de PTS-COAI-PAS.
- Rendición de cuentas en salud.
- Desarrollos tecnológicos del Sistema de Monitoreo y Evaluación (cuatro módulos).
- Consolidación del proceso de planeación territorial para su sostenibilidad hasta el año 2021.

Ilustración 20. PASE a la Equidad. Proceso metodológico, técnico y operativo



Fuente: MSPS. Dir. Epidemiología y Demografía

2015

- Se emitió la Resolución 1536 de 2015, la cual establece que la planeación integral para la salud es el conjunto de procesos que le permite a las entidades territoriales la formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud–PTS, para la implementación del PDSP 2012–2021.
- Para la planeación territorial en salud se definió la Estrategia “PASE a la Equidad en Salud” (conjunto de lineamientos normativos, conceptuales, metodológicos y operativos). La estrategia PASE es una adaptación del Modelo BIT PASE¹¹, la cual fue diseñada con el fin de fortalecer la capacidad conceptual¹², operativa y técnica¹³ de las entidades territoriales y garantizar la armonización de los planes territoriales de salud 2012–2015, así como la formulación integral de los planes territoriales de salud PTS en las siguientes vigencias, acorde con el PDSP 2012-2021.
- Asistencia Técnica Unificada–ATU, orientada a la formación activa para implementar los lineamientos de PASE a la Equidad en Salud con el fin de armonizar los PTS-POAI-PA, con cobertura del 100% de los departamentos y distritos del país y, asesoría y acompañamiento a los departamentos para expandir la estrategia al 75% de los municipios del país¹⁴.
- Diplomado de la estrategia PASE a la Equidad en Salud para los funcionarios del MSPS y de entidades de control y entidades departamentales y distritales.
- Curso intensivo de transferencia de la estrategia PASE a la Equidad en Salud para la armonización de los planes territoriales de salud 2012–2015 con el Plan Decenal de Salud Pública.
- Soporte tecnológico virtual al Componente Estratégico y Operativo (CEO) del PTS– PDSP.
- Protocolo de seguimiento al proceso de planeación integral en salud en los territorios.

¹¹ BIT PASE es una herramienta para la formulación de planes de desarrollo y de ordenamiento territorial denominada “PASE al Desarrollo” que comprende cuatro dimensiones: poblacional, ambiental, económica y social, la cual puede consultarse en línea en la plataforma www.pasealdesarrollo.org.

¹² Lineamientos Conceptuales, Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012–2021, Estrategia PASE a la Equidad en Salud, Convenio 475 de 2013 UNFPA-UEC-MSPS.

¹³ Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos, Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012–2021, Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Convenio 084 de 2014 UNFPA-UEC-MSPS.

¹⁴ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Balance-asistencia-tecnica-convenio-202-2016.pdf>

- Definición del alcance de monitoreo y evaluación del plan territorial de salud.
- Avance en el cumplimiento del proceso de armonización del PTS bajo los lineamientos técnicos, en el 97% de los departamentos y distritos y 70% de los municipios.
- Se logró incidir en los procesos de empalme y de plan de desarrollo territorial de las administraciones territoriales y se entregaron los insumos sectoriales e intersectoriales para la planeación territorial y para la formulación de los PTS del período 2016-2019.
- Insumos para la incidencia política resultados de la armonización del PTS 2012-2015 y las prioridades departamentales y distritales.
- Lineamiento para elaborar el informe de gestión a los nuevos mandatarios y para el proceso de empalme de los gobiernos saliente y entrante.
- Desarrollo del Sistema de Monitoreo y Evaluación PDSP, en armonía con el Observatorio Nacional de Salud y el Observatorio de Desigualdades.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=Sistema%20de%20Monitoreo%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20PDSP&ss=Todos>
- Se definió la Metodología para el Monitoreo y Evaluación de los PTS.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/metodologia-monitoreo-eval-pts.pdf>

2016

- Formulación del PTS 2016-2019, aplicando metodologías dispuestas durante el proceso de armonización y asistencia técnica durante el 2015, incorporando las proyecciones financieras para cada año de gobierno y visibilizando en los resultados esperados la apropiación e implementación del nuevo Modelo de Atención Integral en Salud–MIAS y la Ley Estatutaria de Salud.
- Elaboración, por parte de las entidades departamentales y distritales, del componente de salud del Plan Financiero Territorial, armonizado al marco fiscal de mediano plazo donde el 100% fueron entregados (y con oportunidad el 91,8%), considerando las dimensiones del PDSP¹⁵.
- Asistencia técnica a las entidades territoriales para la formulación de los PTS 2016–2019 con la estrategia PASE a la Equidad en Salud, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021.
- Asistencia técnica para armonizar los PTS, con el Componente Operativo Anual de Inversión–COAI y el Plan de Acción en Salud–PAS, con cobertura del 100% de los departamentos y distritos del país y asesoría y acompañamiento a los departamentos para expandir la estrategia al 100% de los municipios del país.
- Soporte tecnológico virtual al componente estratégico y operativo del PTS–PDSP
- Asistencia técnica en monitoreo y evaluación del PTS.
- Lineamientos para formulación del PTS con elecciones atípicas y cargue de ésta en el portal web de gestión del PDSP.
- Diseño de la plataforma virtual para el Monitoreo y Evaluación del PTS y el PDSP y la definición de las salidas de información, según la utilidad de cada uno de los usuarios internos y externos al MSPS.
- Gestión para incidir en los procesos de empalme y de plan de desarrollo territorial de las administraciones territoriales y se entregaron los insumos sectoriales e intersectoriales para la planeación territorial y para la formulación de los PTS del período 2016–2019.
- Avances en la hoja de ruta del proceso de implementación del PDSP 2012–2015 que permitieron a los nuevos gobernantes contar con: a) La ruta que orientará la visión transectorial de la salud en el territorio al 2021; b) La línea de base para el Sistema de Monitoreo y Evaluación del PDSP y la aplicación del nuevo proceso de planeación integral en salud; c) La línea de base para actualizar y vincular los mandatos territoriales en el Plan de Salud Territorial 2016-2019, el cual debía ser aprobado de manera integral con el plan de desarrollo para la misma vigencia; d) Formulación del PTS 2016-2019 aplicando las mejoras técnicas identificadas durante el

¹⁵ <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/cargue-planes-territoriales-de-salud.aspx>

proceso de armonización en el 2015, incorporando las proyecciones financieras para cada año de gobierno y visibilizando en los resultados esperados la apropiación e implementación del nuevo Modelo de Atención Integral en Salud; e) Inscripción y acceso al Sistema de Monitoreo y Evaluación del PDSP para entes de control y entidades territoriales, así como a líderes técnicos de las oficinas y direcciones del MSPS.

Ilustración 21. Gestión del PDSP 2012–2021



Fuente: Portal Web de Gestión del PDSP/PTS, MSPS

En suma, los logros obtenidos a partir de estas acciones fueron:

- Análisis de Situación de Salud (ASIS) nacionales y territoriales 2014, 2015, 2016, 2017 elaborados y publicados.
- ASIS a profundidad por dimensión, formulados y publicados en el Repositorio Institucional Digital-RID
- Caracterización de la población afiliada a las EPS.
- Boletines electrónicos de ASIS para el análisis de las desigualdades sociales en salud, elaborados y publicados, en el siguiente enlace: <http://url.minsalud.gov.co/boletin-electronico-asis>
- Resolución 1536 de 2015 sobre Planeación Integral para la Salud.
- Estrategia integral de planeación en salud PASE a la Equidad en Salud.
- Estrategia de fortalecimiento de la planeación territorial mediante Asistencia Técnica Unificada
- Formación activa con PASE a la Equidad en Salud.
- Desarrollo del Sistema de Monitoreo y Evaluación de los PTS y del PDSP.
- Lineamientos de gestión para los mandatarios entrantes y salientes.
- Nuevos mandatarios con hoja de ruta que orienta la visión transectorial de la salud en el territorio.
- Instauración de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP), Decreto 859 de 2014.
- Tablero de Control de la CISP para el seguimiento a las acciones sobre los determinantes de la salud.
- PTS 2016–2019 formulados y cargados en plataforma web “Gestión PDSP”.

CAPÍTULO ÉTNICO Y ESPECÍFICO PARA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

En cuanto a la construcción de este capítulo del PDSP se presentan los siguientes avances desde la perspectiva de los pueblos indígenas, de la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal, del pueblo Rrom-Gitano y del capítulo específico para población víctima del conflicto armado.

Pueblos indígenas

2015

- A partir de las concertaciones y metodologías definidas entre el MSPS y los representantes de los pueblos indígenas se consolidó un documento con la metodología de recolección de insumos para la formulación del capítulo.
- Se acordó la recolección de insumos a través de las organizaciones indígenas que representan a la población indígena.

2016

- Se realizó el perfil de salud de la población Indígena y medición de desigualdades en salud, Colombia 2016. Documento disponible en el RID en el enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>
- Se contó con la caracterización de los pueblos indígenas desde la perspectiva de las ciencias sociales.
- Se contó con una síntesis de la literatura sobre la situación de salud de los pueblos indígenas de Colombia y sus determinantes sociales para la construcción capítulo indígena del PDSP 2012-2021.
- Se contó con la revisión crítica de los planes territoriales de salud de la vigencia 2016–2019, desde el enfoque étnico, como insumo para formulación del capítulo indígena del PDSP.
- Se consolidó una síntesis de la revisión sobre normatividad, políticas públicas y determinantes sociales que inciden en la salud de pueblos indígenas.
- Se expidió la Resolución 6434 de 2016 del MSPS mediante la cual se asignaron recursos para la realización de los convenios de asociación entre las entidades territoriales de Caldas, Cundinamarca, Nariño, Magdalena y Guainía y las organizaciones indígenas que integran la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación, para la recolección de insumos para el capítulo étnico del PDSP 2012-2021.

2017

- Se realizaron 6 encuentros para la recolección de insumos del capítulo étnico del PDSP, a través de la metodología de los canastos suministrada y de desarrollo autónomo por parte de las comunidades.
- Adicionalmente se amplió la recolección de insumos a través de dos encuentros realizados en Vichada y Chocó.
- Se contó con un documento preliminar con la propuesta del capítulo para pueblos indígenas, que contiene los antecedentes, marco jurídico y político, marco conceptual y diagnóstico.
- Se consolidó la caracterización de fuentes de información que contienen la variable étnica con desagregación indígena, como aporte a la estructuración del módulo de salud del sistema de información propia e intercultural.

2018

- Se cuenta con la propuesta del capítulo étnico en el componente para pueblos indígenas y se está adelantando el proceso de validación institucional, revisión y consensos para la definición de contenidos finales con la Subcomisión de Salud.
- Se contó con 11 fichas de caracterización sociocultural y de salud de la población indígena para los departamentos de: Amazonas, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Chocó, Guainía, Guaviare, La Guajira, Nariño y Vichada.

En suma, los logros obtenidos a partir de estas acciones fueron:

- Documento con la metodología de recolección de insumos.
- Perfil de salud de la población Indígena y medición de desigualdades en salud.
- Recolección de insumos a través de las organizaciones indígenas (Resolución 6434 de 2016).

- Se realizaron 6 encuentros para la recolección de insumos del capítulo étnico del PDSP, a través de la metodología de los canastos.
- Se dispone de una síntesis de la literatura sobre la situación de salud de los pueblos indígenas de Colombia y sus determinantes sociales.
- Se cuenta con un documento preliminar con la propuesta del capítulo para pueblos indígenas, que contiene los antecedentes, marco jurídico y político, marco conceptual y diagnóstico.

Poblaciones negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales

2015

- Se contó con la metodología para el análisis cualitativo de la información recolectada en los encuentros.
- Se sistematizó la información que se recolectó en los encuentros de Bogotá D.C, Villavicencio y Buenaventura.

2016

- Se contó con el documento “Lineamientos metodológicos para la fase de formulación del capítulo para comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, como anexo integral al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”
- Se consolidó una síntesis de la literatura sobre la situación de salud de las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales y sus determinantes sociales para la construcción capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Se realizó la revisión crítica de los planes territoriales de salud de la vigencia 2016–2019 desde enfoque étnico de la población afro, como insumo para formulación del capítulo étnico del PDSP.

2017

- Se definió con el Ministerio del Interior y con los representantes de estos grupos étnicos que el Espacio Nacional de Consulta Previa es el escenario legítimo para la formulación y concertación del capítulo étnico desde la perspectiva las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales.
- Se contó con el diagnóstico y análisis de las condiciones de vida y salud de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a partir de información secundaria y la integración técnica a los resultados de los tres encuentros realizados.

2018

- Se logró la afectación positiva del documento de propuesta del plan de ruta para la construcción de la metodología de recolección de insumos, como requisito para el abordaje del espacio consultivo.
- Se definió por el Espacio Nacional de Consulta Previa la designación de la Comisión Tercera como interlocutor legítimo para la continuación de la formulación del capítulo étnico desde la perspectiva las comunidades Negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales.
- Se acordó una ruta de trabajo para la definir los procesos que permiten continuar con la formulación del capítulo.

En suma, los logros obtenidos a partir de estas acciones fueron:

- Metodología para el análisis cualitativo de la información recolectada en los encuentros.
- Organización de la información que se recolectó en los encuentros de Bogotá D.C, Villavicencio y Buenaventura.
- Documento “Lineamientos metodológicos para la fase de formulación del capítulo para comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales.
- Síntesis de la literatura sobre la situación de salud de las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales.

- Revisión crítica de los planes territoriales de salud de la vigencia 2016–2019 desde enfoque étnico de esta población.
- Se cuenta con el diagnóstico y análisis de las condiciones de vida y salud de las comunidades.
- Se definió por el Espacio Nacional de Consulta Previa la designación de la Comisión Tercera como interlocutor legítimo
- Se cuenta con un documento preliminar con la propuesta del capítulo para comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, que contiene los antecedentes, marco jurídico y político, marco conceptual y diagnóstico.

Pueblo Rrom-Gitano

2015

- Se diseñó la metodología para el análisis cualitativo de la información recolectada en las 11 Kumpaño del Pueblo Rrom.
- Se organizó, sistematizó y analizó la información que se recolectó en los encuentros con las 11 Kumpaño del Pueblo Rrom.

2016

- Se obtuvieron 11 informes con los resultados de los encuentros con cada una las Kumpaño.
- Se adelantó una evaluación sobre la presencia y pertinencia de los contenidos de los TPS de la vigencia 2016–2019, con respecto al Pueblo Rrom.

2017

- Se realizó el diagnóstico de necesidades normativas (fuentes de información secundaria) y necesidades percibidas en salud (resultados de los encuentros)
- Se desarrollaron 7 encuentros de socialización y validación en las Kumpaño de Bogotá, Cúcuta, Envigado, Girón, Pasto, Sabanalarga y Tolima, para complementar y validar los insumos para la construcción del capítulo étnico componente Rrom
- Se realizó la categorización de los insumos recolectados para las diferentes Kumpaño del país en el 2014 y se avanzó en la triangulación de información para cada una de las dimensiones prioritarias del PDSP, teniendo en cuenta la información derivada de los encuentros con cada Kumpania y la información de la revisión bibliográfica realizada para esta población con respecto a su contexto etnocultural.
- Se realizó el encuentro nacional con los representantes de las diferentes Kumpaño del país con el fin de socializar el avance del capítulo étnico del pueblo Rrom del PDSP, validar y completar los insumos necesarios para su construcción.
- Se avanzó en la concertación de las líneas estratégicas de las dimensiones transversales del componente Rrom del capítulo étnico del PDSP.

2018

- Se cuenta con un documento preliminar del capítulo étnico en su componente para el Pueblo Rrom.

En suma, los logros obtenidos a partir de estas acciones fueron:

- Metodología para el análisis cualitativo de la información del Pueblo Rrom
- 11 informes con los resultados de los encuentros Kumpaño del Pueblo Rrom
- Información organizada, sistematizada y analizada

- Evaluación sobre contenidos de los PTS de la vigencia 2016–2019
- Se cuenta con diagnóstico de necesidades normativas y necesidades percibidas en salud
- 7 encuentros de socialización y validación de insumos en las Kumpañy de Bogotá, Cúcuta, Envigado, Girón, Pasto, Sabanalarga y Tolima y un encuentro nacional
- Se cuenta con un documento preliminar del componente Rrom

Población víctima del conflicto armado

2015

- Se realizaron los procesos de integración y organización de la información recolectada en 30 departamentos mediante encuentros participativos con la población víctima del conflicto armado.
- Se consolidó el plan de análisis de la información cualitativa de información proveniente de los encuentros departamentales con la población víctima del conflicto armado.
- Se contó con los informes de análisis cualitativos de 3 departamentos: Norte de Santander, Chocó y Arauca.

2016

- Se elaboró un documento con los “lineamientos metodológicos para la fase de formulación del capítulo de víctimas como anexo integral al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021” el cual define claramente los procedimientos para llegar a los contenidos del capítulo de víctimas.
- Se realizó la evaluación de presencia y pertinencia de contenidos asociados al enfoque diferencial para la población víctima en los PTS de la vigencia 2016–2019

2017

- Documento con la propuesta del capítulo para población víctima, que contiene antecedentes, marco jurídico y político, marco conceptual y diagnóstico.
- Resultados de los análisis de la información cualitativa disponible.
- Se contó con el diagnóstico de necesidades normativas (fuentes de información secundaria) y necesidades percibidas en salud (resultados de los encuentros)
- Se realizó validación de resultados de diagnóstico de necesidades en el plenario nacional con la Mesa de Participación Efectiva de Víctimas.
- Se realizaron validaciones técnicas de necesidades y respuesta en salud de la población víctima con la Oficina de Promoción Social del MSPS.

2018

- Se cuenta con el documento preliminar del capítulo de víctimas.

En suma, los logros obtenidos a partir de estas acciones fueron:

- Información recolectada en 30 departamentos con la población víctima
- Plan de análisis de la información cualitativa recolectada
- Documento con los lineamientos metodológicos para la fase de formulación del capítulo de víctimas
- Resultado de los análisis de la información cualitativa disponible
- Diagnóstico de necesidades normativas (fuentes de información secundaria) y necesidades percibidas en salud
- Documento preliminar del componente población víctima del conflicto armado
- Validaciones técnicas de necesidades y respuesta en salud de la población víctima con la Oficina de Promoción Social del MSPS

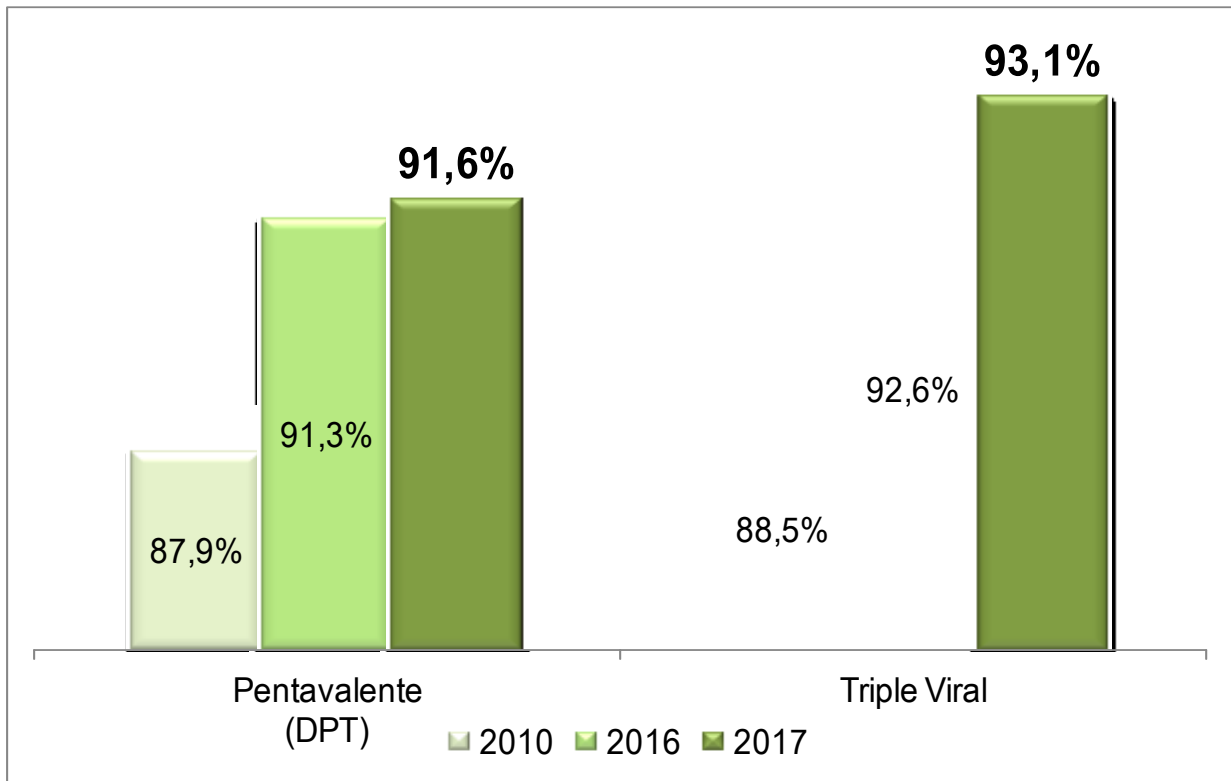
3.2 Programa Ampliado de Inmunizaciones–PAI

Durante los últimos años, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se ha fortalecido tanto en coberturas como en el número de biológicos incorporados. Con un presupuesto que supera los 100 millones de dólares anualmente y con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia, el esquema de vacunación colombiano es uno de los mejores de la región y del mundo.

En el último cuatrienio se dio continuidad a las vacunas contra el neumococo, hepatitis A, tosferina acelular para gestantes, el Virus del Papiloma Humano-VPH, la varicela y la universalización de la Vacuna Inactivada contra el Polio (VIP), introducidas por el gobierno actual, manteniendo un total de 21 biológicos gratuitos para la prevención de 26 enfermedades

Para 2017, las coberturas de vacunación se mantuvieron en índices sobresalientes. En particular, se logró una cobertura en Triple Viral (rubeola, sarampión y parotiditis) del 93,1% y de 91,6% en DPT (Difteria, Bordetella-Pertusis y Tétanos); ambos registros fueron destacados desde una perspectiva histórica¹⁶.

Ilustración 22. Coberturas trazadoras de vacunación



Fuente: Cálculos propios Minsalud-Dirección de Promoción y Prevención-Grupo PAI

Nota: La ilustración presenta las coberturas trazadoras en términos de menores de un año con vacuna Pentavalente (tres dosis) y niños(as) de un año con vacuna Triple Viral. La vacuna pentavalente incluye la DPT por lo que previene –además de la difteria la tos ferina y tétanos– la hepatitis B y la influenza B. La triple viral previene el sarampión, las paperas y la rubéola.

¹⁶ Las coberturas alcanzadas a través del programa de vacunación, por regiones, pueden consultarse a través de los siguientes enlaces:
<http://www.sispro.gov.co/Pages/Contruya%20Su%20Consulta/Vacunacion.aspx>
<http://www.sispro.gov.co/Pages/M%C3%B3dulos%20Geogr%C3%A1ficos/MapaVacunacion.aspx>

Acciones generales del PAI:

- Fortalecimiento de capacidades de 9.100 personas (coordinadores del programa PAI, médicos pediatras, academia, SENA, ICBF, referentes de vigilancia en salud pública y aseguradores a nivel municipal, departamental y nacional, vacunadores a nivel local), frente al proceso del uso de la dosis fraccionada de vacuna inactivada contra la poliomielitis y el fortalecimiento de la gestión del programa a nivel territorial, esto a partir de la realización de una serie de visitas de capacitación a los territorios y reuniones nacionales.
- Fortalecimiento de capacidades en los referentes PAI de nivel nacional, departamental y municipal, frente al uso de jeringas auto-desactivables y cadena de frío, a partir de la realización del taller internacional en articulación con la Organización Panamericana de la Salud–OPS
- En el marco de la jornada nacional de vacunación del julio de 2017, en trabajo conjunto con cancillería, se emitió un lineamiento para el fortalecimiento de las acciones en los municipios fronterizos de los departamentos de Arauca, Boyacá, Cesar, Guainía, La Guajira, Norte de Santander y Vichada para garantizar vacunación a la población venezolana, logrando iniciar, continuar o completar el esquema a 114 menores (venezolanos) de un año, de los cuales 10 eran recién nacidos y 133 niños de un año. Con triple viral se vacunaron 9 niños de 1 a 10 años, contra fiebre amarilla se vacunaron 327 personas de 1 a 59 años, con refuerzos de DPT polio y triple viral se vacunaron 72 niños de 5 años, contra influenza estacional se vacunaron 38 niños de 6 meses a 5 años, 23 gestantes y 69 adultos mayores de 59 años, contra el VPH se vacunaron 16 niñas de 9 años y contra el tétanos se vacunaron 21 gestantes.
- Así mismo, en el periodo julio-diciembre de 2017, el 51% (19/37) de los departamentos y distritos reportaron haber vacunado población venezolana con un total de 81.429 dosis aplicadas en el 2017. De éstas, 37.144 corresponden a menores de un año, 24.475 de un año, 11.961 de 2 a 5 años, 719 de 6 a 17 años, 2.499 gestantes y 4.631 adultos; la vacunación de población venezolana continúa en todo el país sin barreras de acceso.
- Plan de asistencia técnica anual, especificando los territorios priorizados por bajas coberturas de vacunación, deficiencias en la operación del programa PAI y requerimientos de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS). La asistencia técnica a las 37 DTS se efectuó en modalidad virtual y presencial, según necesidad y avance en el programa. De igual forma se realizaron reuniones nacionales de asistencia técnica.
- Fortalecimiento en la gestión programática del nivel departamental y municipal, a partir del desarrollo de (2) dos reuniones nacionales con los coordinadores del programa PAI de las DTS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) a nivel departamental. Es importante resaltar que estas reuniones contaron con la participación de la Supersalud, Procuraduría, Contraloría y OPS.

También se emitieron los siguientes lineamientos:

- Lineamientos nacionales para la gestión y administración del PAI 2018, dirigido a las entidades territoriales, EAPB e IPS
- Lineamiento para la vacunación de la población desvinculada de las FARC–EP en las zonas veredales transitorias de normalización–ZVT.
- Lineamientos de vacunación contra la influenza estacional cepa sur 2017.
- Estimación de la meta programática para el 2018, para la población de niños y niñas menores de un año, un año y cinco años.
- Realización de la publicación de la última versión 2017, sistema de información nominal del PAI en su versión web; se realizó la primera migración de datos del sistema de información del Bogotá D.C. a la base de datos del país.
- Participación en la construcción del lineamiento de profilaxis post-exposición ocupacional y no ocupacional en el componente de hepatitis B.
- En coordinación con el SENA y de acuerdo al informe entregado por esa entidad, se certificaron en la competencia 2.451 vacunadores de 21 departamentos.

Otros logros alcanzados:

- En el marco del fortalecimiento de la cadena de frío a nivel nacional, se realizó la trasferencias de recursos por un monto de \$398.000.000 que permitirá la construcción del centro de acopio del departamento de Cauca y la adquisición de vehículos de transporte terrestre y fluvial para la entrega segura de vacunas; y \$432.000.000 para la adecuación del centro de acopio del departamento de Boyacá
- Taller internacional sobre el uso de jeringas auto-desactivables y cadena de frío, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud-OPS.
- Gestión de donación de 37 refrigeradores solares, mediante el proyecto internacional Solar Chill, que permitirá continuar fortaleciendo la cadena de frío en las zonas rurales dispersas del país.
- En respuesta al desastre natural presentado en el municipio de Mocoa (Putumayo), el PAI asignó vacunas e insumos para atender a toda la población, logrando atender 25.213 personas entre niños y adultos, de los cuales 19.887 fueron vacunados contra el tétanos y la difteria, 22.923 contra hepatitis A y 11.037 contra la varicela, para un total de 53.847 dosis aplicadas del 3 de abril al 10 de mayo de 2017.
- Adquisición de 200 registradores de datos con calificación PQS de la Organización Mundial de la Salud para iniciar el proceso de monitoreo de temperaturas en el transporte desde el nivel nacional hacia cada uno de los departamento y distritos, dando un manejo integral a la cadena de suministro de vacunas.

3.3 Enfermedades transmisibles

Enfermedades infecciosas desatendidas

A continuación se resumen las principales acciones y resultados en materia de estas enfermedades:

Tracoma

- Fortalecimiento de capacidades en los equipos técnicos de las direcciones territoriales del Cauca y Meta, mediante la realización de asistencias técnicas presenciales en prevención y control de enfermedades infecciosas desatendidas y capacitación a 21 personas en búsqueda activa de triquiasis tracomatosa el departamento del Caquetá.
- Se capacitaron y certificaron 52 personas del departamento de Vichada en búsqueda activa de triquiasis tracomatosa (21 en La Primavera, 23 en Cumaribo y 9 en Puerto Carreño).
- Evaluación de los resultados de la cohorte de cirugías correctivas de triquiasis tracomatosa, con la técnica Rotación TarsalBilamelar (RTB).
- Elaboración del lineamiento de la ruta integral de atención en tracoma, según directrices del MSPS.
- Evaluación del Plan Integral e Interprogramático para la Prevención, el Control y la Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas 2013-2017, en el componente de tracoma, que mostró 100% de cumplimiento en el desarrollo de las actividades y estrategias planteadas.
- Tres (3) municipios del departamento del Meta: Mapiripaña, Puerto Concordia y Puerto Gaitán con resultado de evaluaciones rápidas de tracoma como parte del proceso de delimitación del foco de tracoma en la Amazonía y la Orinoquía, con la identificación de estos tres municipios como endémicos para tracoma y la necesidad de realizar una encuesta de base poblacional para definir la línea de base de prevalencia.

- Evaluación rápida de tracoma en el casco urbano de Mitú, el cual se había excluido históricamente del proceso de implementación de la estrategia SAFE¹⁷, por baja sospecha de infección; los resultados demostraron que este casco urbano es endémico para tracoma y que se debe implementar la estrategia SAFE en él como parte de la población elegible del distrito oriental.
- Cuatro (4) departamentos: Amazonas, Guainía, Guaviare y Vichada con implementación de la estrategia SAFE y desarrollo de una jornada quirúrgica de corrección de triquiasis tracomatosa en Vaupés, integrada a la corrección y manejo de otras patologías oculares.
- Alianza estratégica con Sinergias ONG, para la implementación de la estrategia SAFE en Guainía, unida a otras estrategias como desparasitación antihelmíntica masiva, diagnóstico y tratamiento de enfermedades parasitarias de la piel y de otras patologías oculares como pterigios y cataratas.
- Aceptación en el programa de donación de azitromicina de la *International Trachoma Initiative*, para donación de 125 mil tratamientos, para personas de los departamentos endémicos.

Geohelmintiasis

- Inclusión de la estrategia de desparasitación en los lineamientos de las Rutas de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal, a lo largo del curso de vida y de manera complementaria a la desparasitación individual.
- Aceptación en el programa de donación de albendazol de la OMS para el cubrimiento del 100% de la población de 5 a 14 años de zonas endémicas de 32 DTS.
- Desarrollo de la IV reunión nacional de prevención y control de las helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo.
- 32 DTS con expansión de la estrategia de desparasitación antihelmíntica masiva integrada a programas de nutrición, enfermedades transmitidas por vectores, salud ambiental, AIEPI, entre otros.
- Experiencias piloto demostrativas en Guainía para integración de acciones de enfermedades infecciosas desatendidas, en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud para poblaciones dispersas.
- Experiencias piloto de integración de la estrategia de desparasitación antihelmíntica con el sector educativo en el departamento del Meta.

Enfermedades parasitarias de la piel (tungiasis, escabiosis, pediculosis, larva migrans cutánea, miasis, dermatitis asociada a picadura de garrapatas).

Se desarrolló el protocolo de estudio y el trabajo de campo del estudio “Frecuencia y patogenia de una dermatitis extremadamente fuerte asociada a picadura de garrapatas en las veredas de Cabuyal, Quilcacé y La Alianza, municipio del Tambo, departamento del Cauca, el cual incluyó educación y desarrollo de material educativo sobre la prevención de la picadura de las garrapatas y su papel potencial como vector de enfermedades.

Eliminación del complejo taeniasis/cisticercosis

- Conformación de la mesa técnica intersectorial para la formulación del “Plan Nacional e Intersectorial para la Eliminación del Complejo Taeniasis/Cisticercosis”, con participación de ICA, Minvivienda, UPRA, Ministerio de Agricultura, OPS, Instituto Nacional de Salud (INS), Fundación FIRE, Asoporcultores, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Universidades Nacional, de Antioquia, del Cauca, INCCA de Colombia.
- Avances significativos en la elaboración de la primera versión del Plan Nacional e Intersectorial para la Eliminación del Complejo Taeniasis/Cisticercosis”.

¹⁷ Por su sigla en inglés Surgery, Antibiotic treatment, Facial cleanliness and Environmental changes. La estrategia incluye cuatro componentes básicos, dirigidos al tratamiento farmacológico de la infección, al tratamiento quirúrgico de las secuelas inflamatorias y a la implementación de medidas sanitarias, educativas y medio ambientales tendientes a prevenir la aparición de nuevos casos.

Seguimiento a metas del PDSP

Con respecto a la meta del PDSP “a 2021, se logra la implementación progresiva y sostenida del plan integral e inter-programático para la prevención, el control y la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, priorizadas de acuerdo con el perfil epidemiológico local, en las 36 entidades territoriales”, se ha logrado que el 86.5% de las DTS (32/37) han desarrollado el capítulo de control de las geohelmintiasis, con su estrategia de desparasitación antihelmíntica masiva y cuentan con población elegible definida año a año beneficiada de la estrategia, especialmente niños de 5 a 14 años de edad escolarizados.

Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

A continuación algunos logros en esta materia:

- Posicionamiento del programa nacional para la prevención, manejo y control de la IRA en menores de 5 años en 22 entidades territoriales en el periodo 2015-2017.
- Articulación con otros sectores, a través de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia, particularmente con Prosperidad Social, ICBF y Coldeportes.
- Elaboración de guías operativas del programa nacional con instrucciones para el abordaje de estrategias a nivel institucional y comunitario.
- A partir de la mesa funcional de la IRA se configuró el ABC de sala ERA, con instrucciones sobre implementación y manejo de casos de IRA a nivel institucional.
- Se emiten dos comerciales por radio y televisión con información de prevención de IRA y signos de alarma, como parte de la campaña “¿Gripa? ¡A metros!”
- Se inició la distribución de 10 mil afiches y 100 mil plegables para la prevención, manejo y control de la IRA en el marco del Programa con la campaña “¿Gripa? ¡A metros!”
- Se realizó el proceso de validación de la ruta integral de atención específica para la IRA/EDA.

Avance con relación a las metas del PDSP

- A 2017, el 60% (22) de las entidades territoriales han iniciado la implementación de las estrategias del Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la IRA
- A 2017, la tasa de mortalidad por IRA (incluyendo neumonía por cada 100.000 menores de 5 años), con datos preliminares, disminuyó de 16,5 en 2010 a 10,7 en 2017 (a 2021 se debe reducir a menos de 8,9).

Tuberculosis

Con el fin de avanzar en la implementación del Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis” Colombia 2016-2025 se obtuvo lo siguiente:

- Durante el año 2017 se asignaron recursos de transferencias nacionales por \$7.165 mil millones a 38 entidades territoriales departamentales y distritales.
- El MSPS garantizó el tratamiento de más de 13.000 casos de tuberculosis y cerca de 200 pacientes con tuberculosis resistente a fármacos.
- Con el fin de generar capacidades a los territorios para la implementación del plan se realizaron reuniones virtuales y presenciales con 37 entidades territoriales departamentales y distritales (entrenamiento internacional en Bogotá con el apoyo del fondo mundial, dos reuniones nacionales y cuatro asistencias técnicas virtuales para el fortalecimiento del abordaje de la tuberculosis en población privada de la libertad, gestión de medicamentos, manejo de transferencias nacionales y sistema de información).

- El Ministerio ha mantenido la adquisición de medicamentos de segunda línea con el fin de facilitar el acceso al tratamiento y mejorar el uso de los mismos y así disminuir el riesgo de amplificación de la resistencia.
- Es importante destacar que la duración promedio de tratamiento de un caso de tuberculosis multidrogorresistente es de 24 meses. Sin embargo, Colombia es uno de los primeros países que ha generado mecanismos para la implementación del esquema acortado para algunos casos, con lo cual varios de los pacientes colombianos podrían beneficiarse de un esquema con una duración de menor a un año (durante el 2017, Colombia ha generado todos los mecanismos técnicos y administrativos para su implementación. Se estima que los primeros casos beneficiarios de este esquema estarían siendo tratados en la segunda mitad del 2018).

Enfermedad de Hansen (lepra)

- Durante 2017, el Ministerio asignó recursos por \$1.719 millones distribuidos en los departamentos y distritos del país. Estos recursos tienen como objetivo el fortalecimiento de las acciones programáticas en esos territorios y son adicionales a los recursos rutinarios que se destinan para la atención individual y colectiva definida en el sistema de salud.
- Con el apoyo de la OMS y la OPS, el Ministerio garantizó el tratamiento de todos los casos a través de la poliquimioterapia.
- El MSPS ha mantenido el apoyo técnico y científico para la Nación a través del Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, el Instituto Nacional de Salud y los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación. Así mismo, Colombia cuenta con permanente cooperación técnica a través de la OPS/OMS, la Asociación Alemana de Asistencia a los Enfermos con Lepra y Tuberculosos (DAHW) y el Instituto Colombiano de Medicina Tropical (ICMT), entre otras instituciones.

Enfermedades endemoepidémicas

- Certificación de la eliminación de la transmisión intradomiciliar de Chagas en 23 municipios colombianos, en el marco de la iniciativa andina de control de la transmisión vectorial y transfusiones de la enfermedad de Chagas. Una comisión de verificación internacional visitó el país para comprobar que se cumplió en 23 municipios con la reducción de la infestación del vector a menos del 1% al interior de todas las viviendas, que los menores de 5 años no habían adquirido la enfermedad y que durante la vigilancia epidemiológica no se hallaron nuevos casos vectoriales. Como antecedente teníamos que en 2014 se habían certificado 10 municipios y en el plan respectivo se proponen 33 para 2018.
- Fortalecimiento de acciones de prevención y control en entidades territoriales con transferencias de recursos equivalentes a \$169.654 millones en el período.
- Con las acciones realizadas en el marco de la implementación del proyecto piloto denominado "Plan estratégico departamental para la atención integral y vigilancia de la toxoplasmosis en el departamento del Cesar", durante los años 2016 y 2017, fueron beneficiados: 163 gestantes, 107 niños y niñas, 174 profesionales de la salud (capacitados); 152 líderes y personas de la comunidad. 27.699 felinos fueron desparasitados.
- Fortalecimiento de los espacios de trabajo binacional Colombia–Panamá y atención de brotes por migrantes venezolanos en Guainía y Vichada.
- Se realizó la adquisición de adulticidas para el control de Aedes, larvicidas para Aedes y Anopheles, adquisición de toldillos para malaria y Leishmaniasis a través de fondo estratégico de la OPS, potes fumígenos para la vigilancia de los municipios a ser certificados por eliminación del vector de Chagas.
- Se adelantó el traslado y reasignación de insumos y maquinaria a las diferentes DTS en el año 2017 debido a situaciones contingenciales.

- Se logró la reasignación de 550 litros del insecticida PirimiphosMethyl a las DTS de Boyacá (150), Guaviare (250) y Huila (150).
- 520 litros de Deltametrina 5% SC a Casanare (150), Guainía (300) y Vaupés (70)
- 368 Kilos de Dimilin 2% TB a Boyacá (120), Huila (63), Putumayo (30), Sucre (130) y Valle del Cauca (25)
- 130 litros Deltametrina 2% EW a Boyacá (40), Caquetá (50) y Norte de Santander (40)
- 13.500 Toldillos Incorporados de Larga Duración (TILD) para control de vectores de Malaria a las DTS de Antioquia (500), Cundinamarca (300), Guainía (5000), Huila (1500), Putumayo (200), Vaupés (3000) y Vichada (3000)
- 300 Toldillos Incorporados de Larga Duración (TILD) para control de vectores de Leishmania a la DTS de Guajira.
- Equipo pesado ULV: una máquina a Huila y 3 asignadas al departamento del Chocó, el cual está en proceso de retiro del almacén del MSPS.
- Maquinas tipo motomochilas: 4 a Huila, 3 a Putumayo y una a Vaupés

A continuación se resume lo referente a la adquisición y entrega de insumos:

Cuadro 12. Insumos

Insumo	Nombre genérico	Nombre comercial	Para el control del vector	Contrato	Cantidad	Mes de entrega	No de DTS
Adulticida	Deltametrina al 2% EW	Aqua K-Othrine	<i>Aedes aegypti</i>	821 de 2017	3.600 litros	Diciembre	22
Adulticida	Pote fumígeno	Bolatte	<i>Triatomino</i> s	522 de 2017	1.504 unidades	Noviembre	11
Larvicida*	Diflubenzuron	Dimilin TB2	<i>Aedes aegypti</i>	773 de 2017	1.333 kilos	Enero de 2018	22
Larvicida	<i>Bacillus sphaericus</i>	Vectolex WDG	<i>Anopheles</i> spp	773 de 2017	434 libras	Diciembre	13
Método de barrera	Toldillo Incorporado de Larga Duración (TILD)	safenet	<i>Anopheles</i> spp	974 de 2015	295.250 unidades	Diciembre	25
Método de barrera*	Toldillo Incorporado de Larga Duración (TILD)	pendiente	<i>Lutzomyia</i> spp	584 de 2017	28.200 unidades	Pendiente de entrega (2018)	18

Fuente: MSPS. Dir. de Promoción y Prevención

Infecciones Asociadas a la Atención en Salud–IAAS

Se realizaron los ajustes y la edición al programa de prevención, vigilancia y control de IAAS y RAM¹⁸, se ajustó y editó el manual de medidas básicas para prevención y control de infecciones. Se construyó en conjunto con la dirección de medicamentos y tecnologías en salud el Plan Nacional de Resistencia Integrada. Se brindó apoyo en los brotes por IAAS en las entidades territoriales de Antioquia, Meta, Valle del Cauca, Bogotá, Santander. Se construyeron en conjunto con la ACIN los doce mandamientos para el uso racional de antibióticos en el marco de la semana mundial de uso racional de antibióticos.

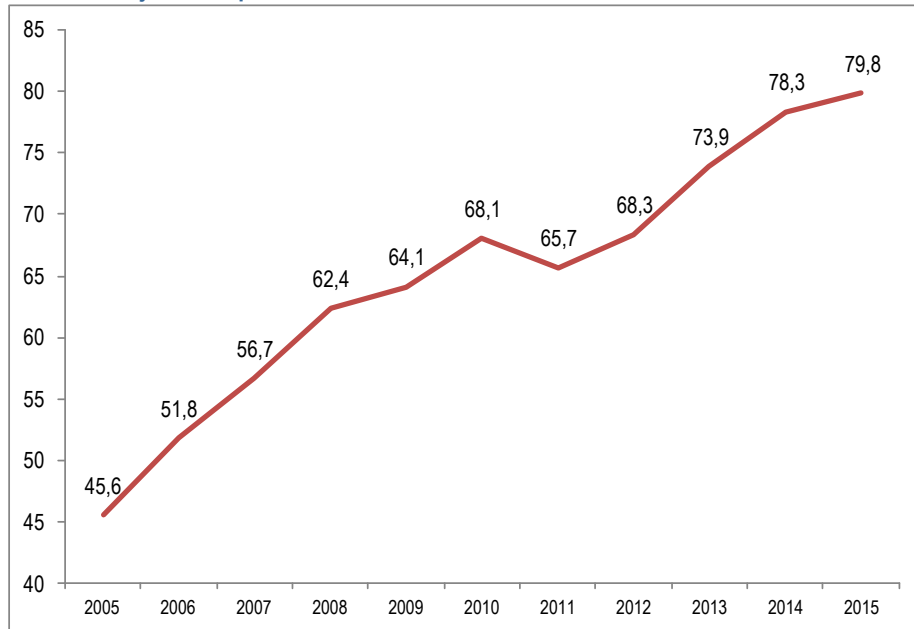
3.4 Salud sexual, derechos sexuales y reproductivos

Durante el periodo de implementación del Plan Decenal de Salud Pública, el porcentaje de municipios que alcanzan al menos un 80% de cobertura con 4 o más controles prenatales presenta una tendencia ascendente ubicándose para el 2015 cercano al 80% de los municipios.

Los departamentos que mayor incremento han mostrado respecto del desempeño de sus municipios en este indicador es Cauca, que pasó de 9,5% en el 2005 a 80,9% en el año 2015, seguido de Córdoba que aumentó de 23,3% al 93,3%, Tolima del 17 al 85,1%, Cesar de 32 al 92% y Arauca del 14,3 al 71,4%.

¹⁸ Resistencia Antimicrobiana

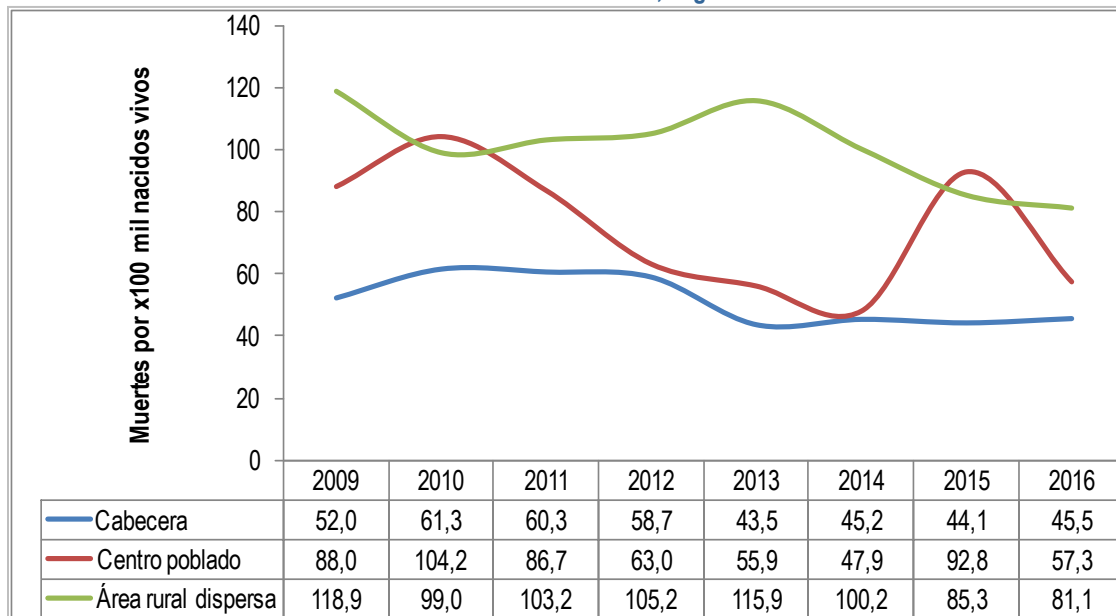
Ilustración 23. Porcentaje de ET que alcanzan al menos un 80% de cobertura en 4 o más controles prenatales



Fuente: Cálculos MSPS con base en DANE, Estadísticas Vitales.

Por otra parte, se ha evidenciado que los departamentos que tienen mayores razones de mortalidad materna son coincidentemente quienes presentan mayores brechas entre la zona urbana y la rural. De hecho la mortalidad en población rural dispersa, para la gran mayoría de años, supera los 100 por 100.000 nacidos vivos (n.v.), es decir que –a pesar de los esfuerzos– la mortalidad de la población que vive en población rural aún está como en la Colombia de 1998. Para el año 2015 esta cifra se ubicó en 85,3 muertes por 100.000 n.v. y para 2016 en 81,1, mostrando una importante reducción. Sin embargo aún persiste la brecha con respecto a las cabeceras municipales donde la razón de mortalidad materna sí se ha ubicado en nivel de cumplimiento de los ODM.

Ilustración 24. Razón de mortalidad materna a 42 días, según área de residencia. 2005–2014.



Fuente: Cálculos MSPS con base en DANE, Estadísticas Vitales.

Instituciones Amigas de la mujer y la Infancia–IAMI

La Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral (IAMI) es una estrategia de gestión para la atención integral de la población materna e infantil en las instituciones de salud.

Acciones desarrolladas en esta materia:

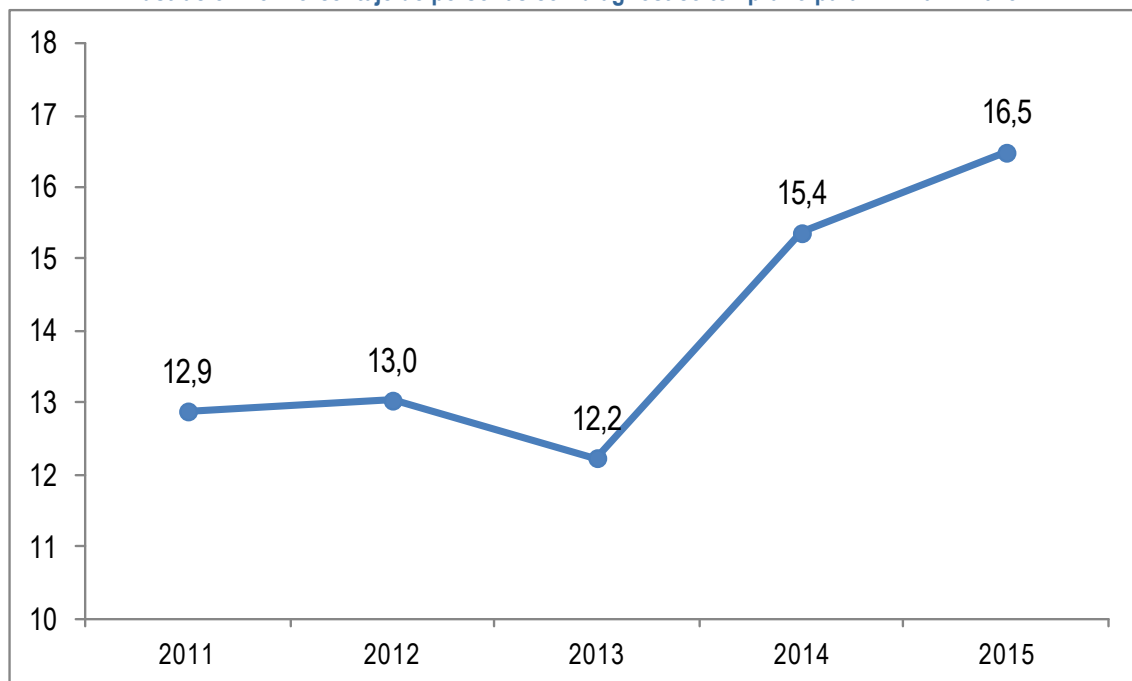
- Socialización de vía virtual los lineamientos actualizados en el año 2017 con el objeto de promover en las instituciones de salud la implementación y desarrollo de la Estrategia IAMI.
- Desarrollo de la guía operativa para la implementación de la estrategia IAMI, la cual es una herramienta técnica que permite orientar metodológicamente a los referentes territoriales en la implementación de la estrategia Integrada Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia y que será de insumo para el proceso de fortalecimiento de la estrategia en las entidades territoriales.

Porcentaje de casos de VIH detectados tempranamente

Este indicador mide la oportunidad del sistema de salud a nivel público y privado para realizar las acciones de promoción y prevención, canalizar a las poblaciones vulnerables al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) hacia un diagnóstico temprano y contribuye a reducir la morbimortalidad de las personas infectadas, en la medida en que las personas logren acceder oportunamente al tratamiento Antirretroviral (ARV) y alcancen niveles de carga viral indetectable. Adicionalmente, mediante la detección temprana es posible cortar en gran medida la cadena de transmisión y en consecuencia, aportar en la disminución de la aparición de casos nuevos (tratamiento como prevención).

Según la Cuenta de Alto Costo (CAC), el porcentaje de personas con diagnóstico temprano de VIH ha aumentado 3,6 puntos porcentuales entre el año 2011 y el 2015, con 12,9% y 16,5% respectivamente.

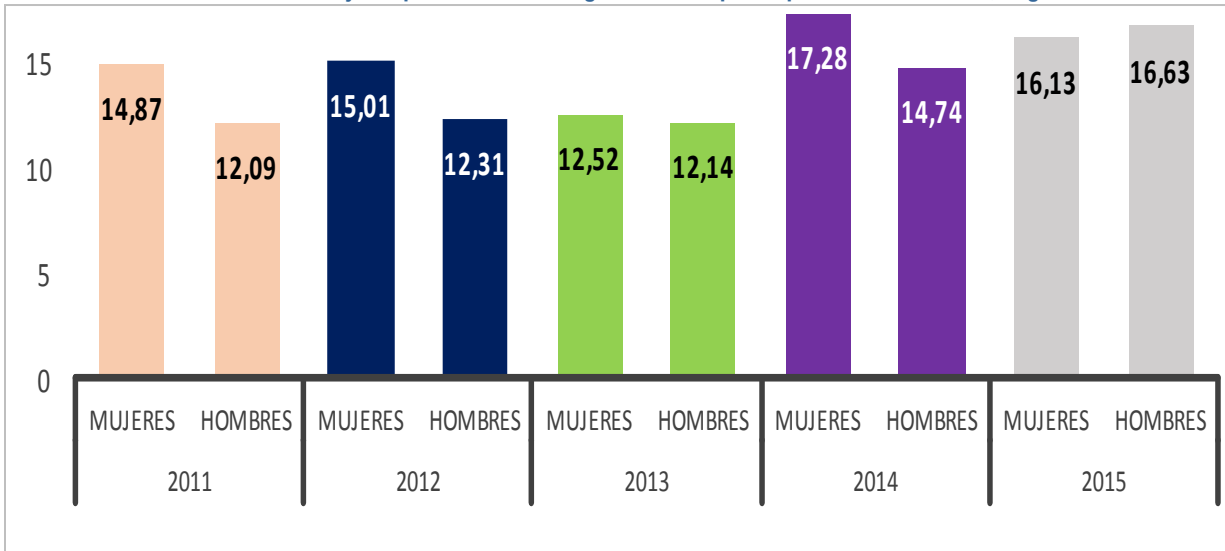
Ilustración 25. Porcentaje de personas con diagnóstico temprano para VIH 2011–2015



Fuente: Cálculos MSPS con base en Cuenta de Alto Costo

El análisis por sexo de la oportunidad de diagnóstico temprano del VIH entre el año 2011 y 2015, evidencia que en general las mujeres son diagnosticadas más tempranamente.

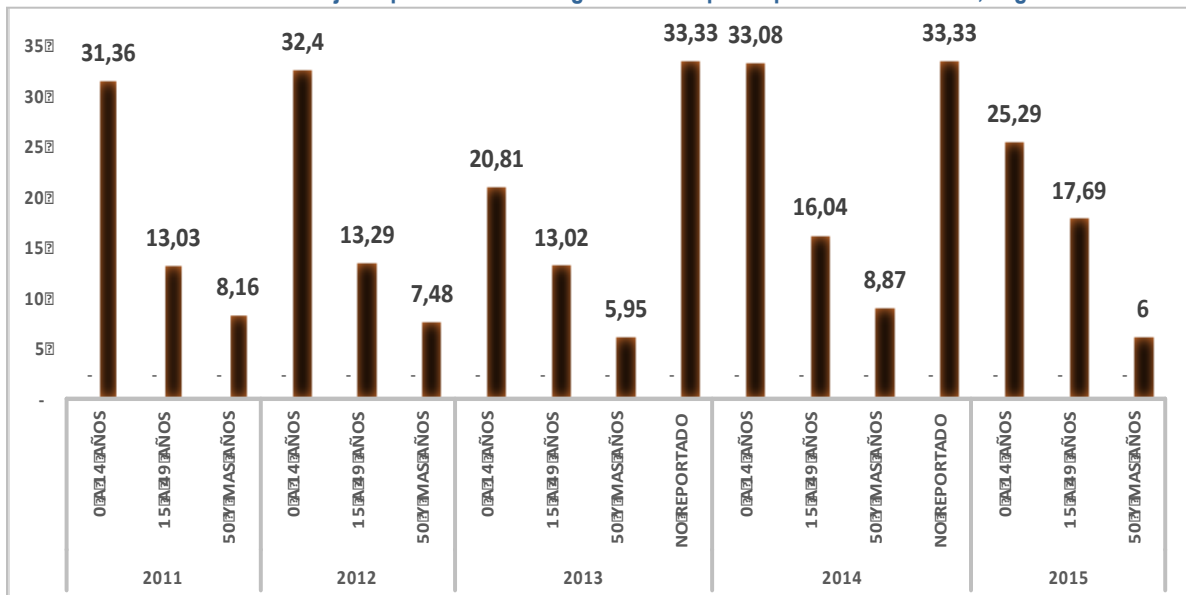
Ilustración 26. Porcentaje de personas con diagnóstico temprano para VIH 2011–2015, según sexo



Fuente: Cálculos MSPS con base en Cuenta de Alto Costo

De otra parte, al examinar los datos por grupos de edad, entre 0 y 14 años se muestra un diagnóstico más temprano del VIH, seguido del grupo de personas entre 15 a 49 años. Las personas de 50 años o más muestran menos porcentaje de diagnóstico temprano. Hay que tener en cuenta que en 2013 y 2014 se evidencian 33% de personas sin registro de edad.

Ilustración 27. Porcentaje de personas con diagnóstico temprano para VIH 2011–2015, según edad



Fuente: Cuenta de Alto Costo. 2011 – 2015.

Durante 2015, en cuanto al diagnóstico temprano del VIH por departamento, Caquetá fue el departamento de mayor porcentaje, con 42,9%; Huila, Risaralda, Antioquia y Boyacá se encuentran entre el 20% y 30%; Casanare, Quindío,

Tolima, Santander, Valle del Cauca, Atlántico, Arauca, Caldas, Bogotá y Cesar, registran entre 15% y 19%, destacándose el porcentaje de Bogotá con 15,3%; Cundinamarca, Putumayo, Magdalena, La Guajira, Cauca, Meta, Chocó, Bolívar, Sucre, Norte de Santander, Nariño y Córdoba se encuentran con porcentajes entre el 9% y 15%, siendo Córdoba el departamento que más bajo porcentaje de personas con diagnóstico temprano, con 9%. En San Andrés, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada, no se evidencian personas con diagnóstico temprano en 2015.

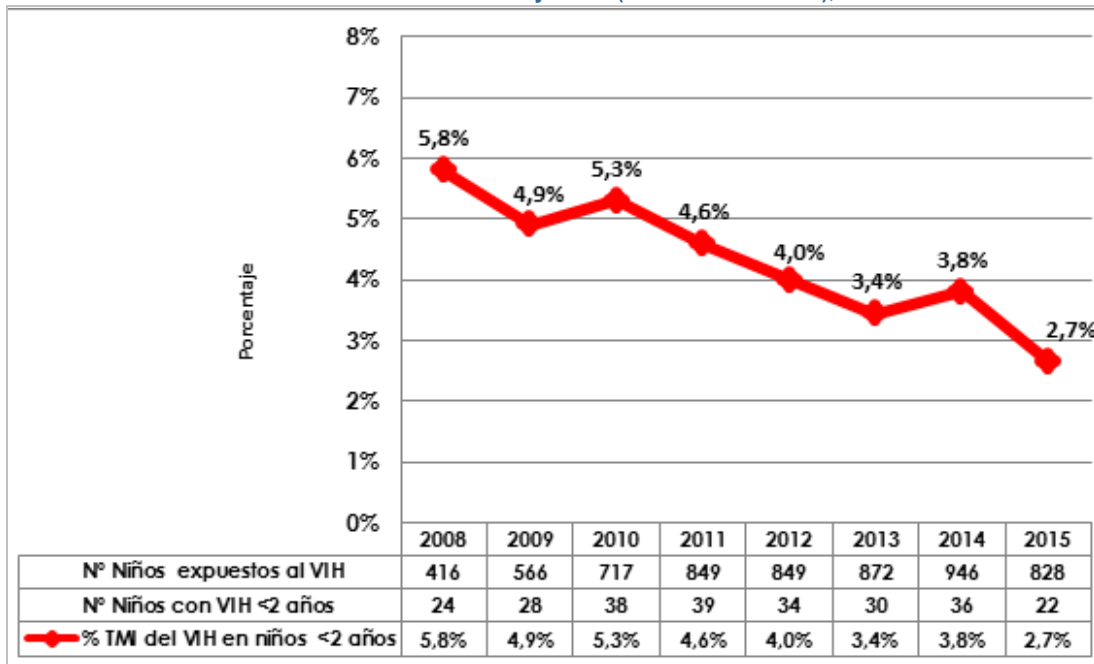
En conclusión, el país demuestra una tendencia al aumento lento pero progresivo del porcentaje de personas con diagnóstico temprano del VIH, siendo las mujeres quienes muestran mayor proporción. Caquetá fue el departamento con mayor porcentaje y Córdoba con el más bajo, pero San Andrés, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no tuvieron ningún paciente con diagnóstico temprano.

Porcentaje de transmisión materno–infantil (TMI) del VIH en niños y niñas menores de dos años de edad

Este indicador hace parte del ODS 3, de la Estrategia propuesta por América Latina y el Caribe para la eliminación de la transmisión materna infantil del VIH y de la sífilis congénita, y el Plan Mundial para la Eliminación de la Sífilis Congénita.

Entre 2008 y 2015 Colombia presentó una disminución de la TMI del VIH del 53% al pasar del 5.8% al 2.7% en los niños(as) expuestos(as) reportados(as) a la estrategia nacional. Si bien existe un avance importante, para llegar a la meta del porcentaje de TMI del 2% o menos en el 2020, es necesario fortalecer la captación de las gestantes en el primer trimestre de la gestación, los procesos de asesoría para la prueba voluntaria al 100% de las gestantes, el tamizaje para aquellas mujeres que acepten la realización de la prueba y el seguimiento nominal al binomio madre hijo para determinar el cumplimiento de las intervenciones claves instauradas. Cabe resaltar que el 91,1% (862) de los niños que nacieron de las gestantes reportadas con VIH y que ingresaron a la cohorte del 2014 fueron declarados como sanos, libres del VIH y para el 2015 este porcentaje fue del 92,8% (768).

Ilustración 28. TMI del VIH en niños y niñas (menores de 2 años), 2008–2015



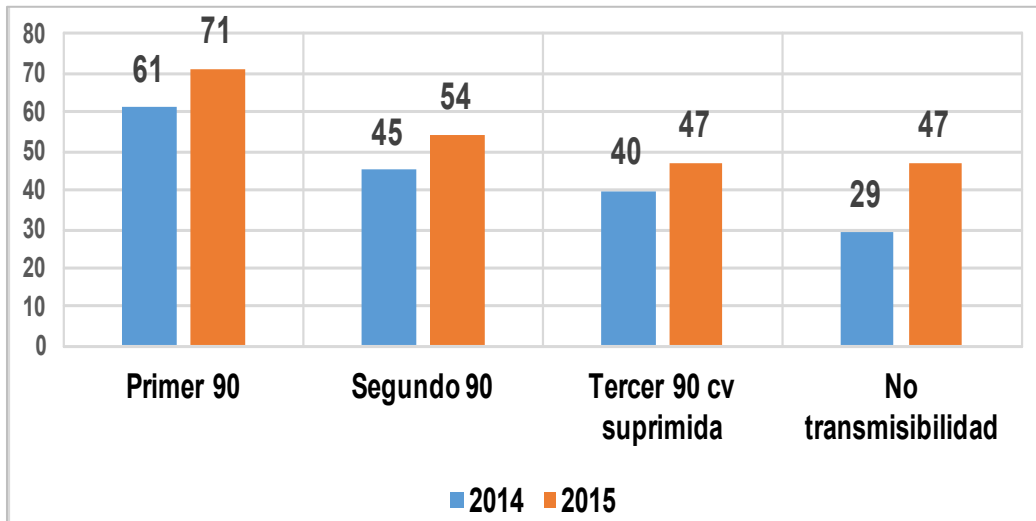
Fuente: MSPS. Sistema de Información para la eliminación de la transmisión materna infantil del VIH.

De otro lado, con referencia a la sífilis congénita, en 2016 Colombia presentó una incidencia de sífilis congénita de 1.1 por 1.000 nacidos vivos con 717 niños en el territorio nacional.

Cumplimiento de metas 90-90-90 en VIH

De acuerdo al compromiso adquirido por Colombia con las metas 90-90-90 para 2020, lideradas por ONUSIDA y la OPS, de conseguir que el 90% de las personas estimadas que viven con VIH conozcan su diagnóstico, que el 90% de éstas se encuentren en tratamiento antirretroviral y que el 90% de las mismas muestren carga viral indetectable, se calculó el porcentaje de cumplimiento de dichas metas, comparándolas entre los años 2014 y 2015.

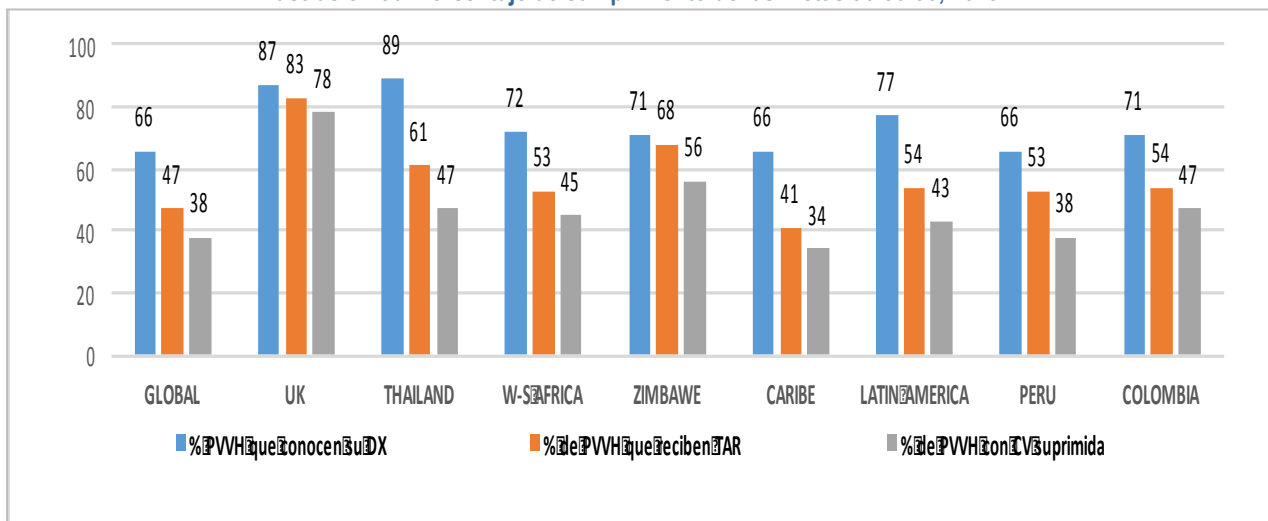
Ilustración 29. Metas 90-90-90 en VIH



Fuente: MSPS. Dir. de Promoción y Prevención

Se observa un esfuerzo del país para mejorar el acceso a la prueba, evidenciado por el aumento en el cumplimiento del primer 90 (personas que conocen su diagnóstico) en 10 puntos porcentuales, en el mejoramiento del acceso al tratamiento antirretroviral-TAR con un aumento de 9 puntos porcentuales en el segundo 90 (personas en TAR), y en el incremento del cumplimiento del tercer 90 (personas con carga viral-CV indetectable) de 7 puntos porcentuales.

Ilustración 30. Porcentaje de cumplimiento de las metas 90-90-90, 2015



Fuente: MSPS. Dir. de Promoción y Prevención con base en ONUSIDA (<http://aidsinfo.unaids.org>)

Según ONUSIDA, en comparación con otros países de la región y con los datos globales mundiales, Colombia presenta un adelanto en el cumplimiento de las metas 90-90-90. Dicha información se obtiene tras el cálculo de la cascada del continuo de la atención en VIH, para la cual, adicionalmente se elaboró el respectivo manual de cálculo.

OTROS DESARROLLOS TÉCNICOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes

Cerca de 50 mil adolescentes y jóvenes que residen en contextos de mayor vulnerabilidad han participado en procesos orientados a la educación y formación en sexualidad, cuerpo e identidad, participación ciudadana, prácticas culturales, deportivas y de recreación, salud y bienestar, así como, oportunidades e iniciativas en 23 unidades de salud amigables de los departamentos de Magdalena, Atlántico, Cesar, Tolima, Cauca, Guainía, Guaviare, Vichada y Vaupés. Esto es financiado a través de los proyectos que ejecutan las cajas de compensación en el marco de la Resolución 780 de 2014.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)-VIH/SIDA

- Elaboración de lineamientos y herramientas técnicas y operativas para la gestión de la atención de las personas en relación a ITS-VIH/SIDA.
- Elaboración de la ruta de atención integral en ITS, VIH, VHB y VHC¹⁹, en concordancia con la Política de Atención Integral en Salud.
- Plan de aprestamiento para la implementación de la ruta de atención integral en ITS, VIH, VHB y VHC.
- Documento conceptual para la implementación de las estrategias de prevención combinada y en cumplimiento de las metas 90-90-90.
- Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral ante las ITS, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C.
- Actualización del rotafolio para la asesoría previa y posterior a la prueba del VIH.
- Elaboración y difusión de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil de la hepatitis B.

Reglamentación

- Expedición de la Resolución 1692 de 2017, “por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos para la hepatitis C crónica y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con dicha patología y se dictan otras disposiciones”. En conjunto con la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud del MSPS.
- Propuesta de ajuste al Decreto 1543 de 1997 para mejorar el acceso a la atención integral y reducir la mortalidad por SIDA, así como el aumento de la garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, de las personas más vulnerables ante las ITS, el VIH y las hepatitis B y C.

Implementación de estrategias

Para la reducción de la brecha de acceso al diagnóstico temprano en VIH se avanzó en:

- Aumento del uso de pruebas rápidas para VIH, sífilis, hepatitis B y C fuera del contexto del laboratorio clínico el entorno comunitario (Resolución 2338 de 2013).

¹⁹ Corresponde a hepatitis B y C.

- Implementación de las nuevas recomendaciones de las guías de práctica clínica de VIH.

Hepatitis virales

Para el logro de las metas en hepatitis virales se avanzó en:

- Difusión de las Guías de Práctica Clínica-GPC para el diagnóstico y tratamiento de las hepatitis B y C crónica a los agentes del SGSSS.
- Implementación de los lineamientos de vacunación contra la hepatitis B en poblaciones clave.
- Apoyo a la implementación del proceso de compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C.

Implementación del Plan Nacional de Actividades Colaborativas Tuberculosis-TB/VIH 2014–2017

- Distribución de medicamentos para tratamiento específico para coinfección TB/VIH a todas las entidades territoriales.
- Expansión de la estrategia de capacitación de agentes comunitarios TB/VIH.
- Cerca de mil personas que viven con VIH, recibieron tratamiento para la infección tuberculosa latente.

Gestión del conocimiento

- Medición de una encuesta de percepción y conocimientos ante la circuncisión, el autotest y la profilaxis pre exposición, con participación de alrededor de 1.300 personas, la cual aporta insumos para la implementación asertiva de dichas intervenciones en el país y el cumplimiento de la meta 90-90-90.
- Incidencia efectiva para la inclusión del indicador de transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en el seguimiento que realiza la Procuraduría a todos los actores del SGSSS y realización de la primera rendición de cuentas con entidades territoriales, EPS, sociedad civil, organismos internacionales, asociaciones académicas y de gremios.
- Diseño e implementación del sistema de información para el seguimiento de los pacientes tratados para hepatitis C a través de la Cuenta de Alto Costo.
- Desarrollo del estudio de caso de inversión para hepatitis C y presentación del mismo en la II Cumbre Mundial de hepatitis virales en Sao Paulo (Brasil).

3.5 Enfermedades No Transmisibles (ENT)

Frente al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), se avanzó en el desarrollo de herramientas técnicas y lineamientos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS); actualmente se cuenta con los documentos relacionados a continuación:

Cuadro 13. Estado RIAS. Gestión Integrada de salud cardiovascular, bucal, cáncer y otras condiciones crónicas

Grupo de Riesgo	RIAS Adoptadas Resolución	RIAS validadas con IETS	Rutas sin validar	Lineamientos operativos
Cancer	Cuello uterino y mama	Colon y Recto, Prostata	Pulmon, estomago, Piel no melanoma, Leucemia y Linfomas en Adulto	75%
Enfermedades Respiratorias Crónicas		EPOC	Asma	80%
Enfermedad Cardio Cerebro Vascular metabólico	Hipertension y Diabetes	ERC, Síndrome Coronario, ACV	Falla Cardiaca	80%
Salud Auditiva y Comunicativa		Otitis, Hipoacusia, Vertigos Y trastornos de Habla y lenguaje		70%
Salud Visual		Defectos de refracción , catarata, Glaucoma, Retinopatía del prematuro y Baja vision		70%
Salud Bucal		Caries , Enfermedad Periodontal, Fluorosis y Lesiones de tejidos blandos, Edentulismo		75%
Neurodegenerativas y Autoinmunes			Artritis Rematoidea	

Fuente: MSPS. Grupo de Gestión Integrada de Salud Cardiovascular, Bucal, Cáncer y otras condiciones crónicas.

CÁNCER

Promoción de la salud

Se participó en el I Congreso Internacional para la Gestión Integral de Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono y su Contribución a la Estabilidad Climática, en el cual se socializó el impacto de la Radiación Solar Ultravioleta en el desarrollo de cáncer piel no melanoma y las políticas públicas y estrategias para su abordaje y en el evento *The War on Cancer* organizado por *The Economist*, en el cual se discutieron los logros y retos de Colombia en el control integral del cáncer.

Gestión del riesgo

Se participó en la definición la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, la construcción de lineamientos y se realiza propuesta técnica de resultados en salud esperados con la implementación de las mismas, con énfasis en las intervenciones de detección temprana del cáncer.

Se adelantó la elaboración del proyecto de resolución por la cual se define el procedimiento y los requisitos para el reconocimiento de los gastos por concepto de servicios de apoyo social en entidades o instituciones públicas, privadas o mixtas en donde se preste el servicio de hogar de paso para niños, niñas y adolescentes con presunción o diagnóstico confirmado de cáncer.

También se desarrollaron mesas técnicas del Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil, lideradas por el representante de las IPS, el Instituto Nacional de Cancerología (INC), ACHOP y SANAR, el cual tuvo como puntos centrales definir las acciones estratégicas a desarrollar por parte del Consejo en el 2018, con énfasis en el fortalecimiento de la calidad, oportunidad y organización de redes y servicios especializados (UACAI) para la atención del cáncer. Con el desarrollo logrado con la nueva normativa relacionada con la habilitación de las UACAI, se facilita el manejo integral de los menores mediante mejores estándares de calidad y oportunidad en los servicios.

Gestión de la salud pública

Se desarrolló unidad de análisis de leucemia aguda pediátrica, contando con la asistencia del INC, INS, Cuenta de Alto Costo (CAC) y el MSPS. Se concretó: a) cuadro de mando con indicadores oficiales; b) las cifras oficiales a utilizar por los actores del SGSSS; c) priorización de problemas; y, d) definición de un plan de acción para el corto plazo.

Se desarrollaron acciones de acompañamiento y asistencia técnica presencial y virtual con EAPB, IPS y DTS orientar la fase inicial de implementación de las RIAS de cáncer con énfasis en las intervenciones para la detección temprana.

Cuidados paliativos

Se cuenta con herramientas técnicas para la implementación de la Ley 1733 de 2014, como son: La Guía de Práctica Clínica de atención en Cuidados Paliativos (adoptada), la cual fue socializada a sociedad científica, IPS y academia, con la participación de alrededor de 90 profesionales especialistas en el tema y los lineamientos que establecen responsabilidades a los diferentes actores para la implementación a nivel territorial.

De otra parte, se avanza en:

- Proyecto de resolución para el reconocimiento y pago de hogares de paso de niños con cáncer: Se cuenta con última versión de la resolución y manuales técnicos.
- Adicionalmente se está trabajando en la mesa técnica de reglamentación de los diferentes capítulos de la Ley 1831 de 2017²⁰ con el grupo técnico de Enfermedades Cardiovasculares (ECV), la Oficina de Emergencias y Desastres del MSPS y la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles (SENT).
- Se cuenta con los lineamientos para la conformación e implementación de programas de rehabilitación cardíaca en el país

Seguimiento y monitoreo

Se logró disminuir el inicio en días el inicio del tratamiento de leucemias en menores de 18 años a 3,8 días (en el año 2012 era de 12 días. Fuente: SIVIGILA²¹).

Cuadro 14. Indicador de inicio de tratamiento en menores de 18 años

Indicador	Valor
Oportunidad (días) en el inicio del tratamiento de Leucemia en niños menores de 18 años (Fuente: Estrategia de seguimiento a enfermedades priorizadas: Leucemias Agudas Pediátricas-LAP)	Año 2017: 3,8 días

Fuente: Cálculos propios Minsalud con base en SIVIGILA

En el cuadro siguiente se presenta el seguimiento a los indicadores trazadores en el proceso de atención de las Leucemias Agudas Pediátricas (LAP):

²⁰ "Por medio de la cual se regula el uso del Desfibrilador Externo Automático (DEA) en transportes de asistencia, lugares de alta afluencia de público, y se dictan otras disposiciones"

²¹ Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Cuadro 15. Tablero de control. Seguimiento a indicadores trazadores en el proceso de atención de las LAP

Dominio del indicador	N°	Nombre del Indicador	Valor actual	Valor estandar/Línea de base	Semaforización	Fuente
Efectividad	1	Número de casos nuevos anuales de leucemia, ambos sexos, 0-14 años. Colombia	582 casos	LB: 600 casos esperados año	NA	Instituto Nacional de Cancerología. Incidencia, mortalidad y prevalencia estimada de cáncer en Colombia, 2007-2011. Colombia. 2015
Efectividad	2	Tasa específica de incidencia estimada anual por leucemia niños de 0 a 14 años.	4,8 x 100.000 habitantes	Línea de base: 4,8 x 100.000 habitantes	NA	Instituto Nacional de Cancerología. Incidencia, mortalidad y prevalencia estimada de cáncer en Colombia, 2007-2011. Colombia. 2016
Efectividad	3	Tasa específica de incidencia estimada anual por leucemia en niñas de 0 a 14 años	4,1 x 100.000 habitantes	Línea de base: 4,1 x 100.000 habitantes	NA	Instituto Nacional de Cancerología. Incidencia, mortalidad y prevalencia estimada de cáncer en Colombia, 2007-2011. Colombia. 2017
Efectividad	4	Tasa específica de mortalidad anual por leucemia en personas de 0 a 14 años	1,57	Línea de base 2005: 1,53 X 100,000 Hab	NA	Estadísticas vitales - Dane. 2014. Cálculos Dirección de Epidemiología y Demografía. Ministerio de Salud y Protección Social
Efectividad	5	Proporción de abandono al tratamiento de LAP (Medido en las DTS)	5,70%	Menor o igual 5%		Reporte Resolución 256 de 2016 a partir de registros de pacientes con cáncer de la Cuenta de Alto Costo.
Gestión del riesgo	6	Tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el diagnóstico definitivo de LAP	48,4 días	5 días		Reporte Resolución 256 de 2016 a partir de registros de pacientes con cáncer de la Cuenta de Alto Costo.
Gestión del riesgo	7	Medida de oportunidad en días desde la sospecha hasta el diagnóstico probable de LAP	5,7 días	< de 8 días		Sivigila 2013 - 2017 Informe de la estrategia de seguimiento a enfermedades priorizadas: LAP 2013-2017, Corte 31 de marzo 2017 - MSPS
Gestión del riesgo	8	Medida de oportunidad en días desde el diagnóstico probable hasta la confirmación de LAP	5,1 días	5 días		Sivigila 2013 - 2017 Informe de la estrategia de seguimiento a enfermedades priorizadas: LAP 2013-2017, Corte 31 de marzo 2017 - MSPS
Gestión del riesgo	9	Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento en LAP (medido en las EAPB).	19,6 días	5 días		Reporte Resolución 256 de 2016 a partir de registros de pacientes con cáncer de la Cuenta de Alto Costo.
Gestión del riesgo	10	Medida de oportunidad en días desde la confirmación hasta el inicio del tratamiento de LAP	5,6 días	< 5 días		Sivigila 2013 - 2017 Informe de la estrategia de seguimiento a enfermedades priorizadas: LAP 2013-2017, Corte 31 de marzo 2017 - MSPS
Gestión del riesgo	11	Proporción acumulada de alertas gestionadas y resueltas	55,47%	Línea de Base: 55,47%	NA	Sivigila 2013 - 2017 Informe de la estrategia de seguimiento a enfermedades priorizadas: LAP 2013-2017, Corte 31 de marzo 2017 - MSPS
Gestión del riesgo	12	Oportunidad en la resolución de alertas por las EAPB	45 días	Línea de base: 45 días	NA	Sivigila 2013 - 2017 Informe de la estrategia de seguimiento a enfermedades priorizadas: LAP 2013-2017, Corte 31 de marzo 2017 - MSPS

Fuente: Cálculos propios Minsalud

SALUD RESPIRATORIA

Promoción de la salud

En materia de fortalecimiento del talento humano, se brindó asistencia técnica a los departamentos de Nariño, Meta, Huila, Caquetá, Valle, Manizales, Magdalena, Boyacá, Vaupés y Casanare para la socialización de la estrategia "Tomate la vida con un segundo aire" para la prevención y control de las enfermedades respiratorias crónicas y presencial a las Secretarías de Salud del departamento del Cesar, municipios y Corporación Autónoma Regional-CAR del Cesar y se apoya el proceso de articulación intersectorial para el control de los factores de riesgo ambiental relacionados a estas enfermedades, en el marco del Consejo Territorial de Salud Ambiental-COTSA.

Gestión del riesgo

Avances:

- Se cuenta con el ABC promoción de la salud respiratoria. Se definió intervenciones e indicadores para la cesación del consumo de tabaco y detección temprana de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) a incluir en los lineamientos de la RIA de promoción y mantenimiento.
- Se capacitó a gestores comunitarios de las ligas antituberculosa sobre la estrategia "Tómame la vida con un segundo aire" para la prevención y control de las enfermedades respiratorias crónicas y orientar el apoyo que pueden brindar a la comunidad frente a este tema.
- Se elaboró el Programa para la Cesación del Consumo de Tabaco y Atención del Tabaquismo y en el año 2017 se inició el proceso de socialización a los actores del sistema de salud.
- Se adelantaron procesos para el fortalecimiento de las capacidades de los prestadores de salud, EAPB y Entidades Territoriales (ET) para promover la cesación del consumo de tabaco. Se contó con el apoyo de OPS/OMS y participaron aproximadamente 60 profesionales de la salud procedentes de las secretarías de salud de Antioquia, Huila, Meta, Tolima y Nariño. Asimismo se contó con la participación de EAPB e IPS de Sanitas, Salud Total, Nueva EPS, Coomeva, Dirección General de Sanidad Militar, Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, Coemssanar, Cruz Blanca, Colsanitas, IPS Indígena Mallamas, Hospital San Rafael del Espinal y la red de atención de la Secretaría de Salud de Bogotá como Capital Salud, Subred Norte, Subred Sur, y Subred centro oriente.
- Se cuenta con las Normas Técnicas de Calidad-NTC para el análisis de componentes del humo de tabaco en cigarrillos (NTC-ISO 10315, 4387, 10362-1, 3402 y 3308), adoptadas en enero de 2017 "Por la cual se establece la información que debe ser presentada por los fabricantes e importadores de productos de tabaco al Ministerio de Salud y Protección Social sobre los ingredientes agregados al tabaco y los niveles de componentes de humo que corresponden a niveles de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono de los productos de tabaco y sus derivados y se define el mecanismo de suministro de la misma".

Gestión de la salud pública

Se hizo seguimiento al desarrollo e implementación de acciones para la prevención y control de la EPOC mediante asistencia técnica a los departamentos de Risaralda, Caquetá, Nariño, Meta, Huila y Cesar.

Como resultado se ha dado el compromiso de las EPS e IPS del sector público y privado del territorio para que se disponga de la gestión y recursos necesarios para la implementación de la RIA de Enfermedad Respiratoria Crónica (EPOC y asma) en su red de servicios, inclusión en los planes de acción de las EAPB (EMSSANAR, ASMET, MALLAMAS, COMFAMILIAR).

Adicionalmente se logró la capacitación sobre estas intervenciones en 34 municipios y 120 funcionarios. También se firma la carta de intención con Javesalud IPS para la implementación del programa de cesación de tabaco.

SALUD CARDIOVASCULAR

Promoción de la salud

En el marco de la celebración del Día Mundial del Corazón 2017 se llevó a cabo la Jornada Nacional de Medición de Riesgo Cardiovascular “Conoce Tu Riesgo, Peso Saludable”. Durante dicha jornada se instalaron 156 puntos de tamizaje y participaron los departamentos de Cauca, Sucre, Boyacá, Meta, Valle del Cauca, Antioquia, Córdoba, Chocó, Santander, Magdalena, Caldas, Risaralda, Norte de Santander y Guajira.

Gestión del riesgo

Se continúa trabajando en la implementación de la estrategia “Conoce tu riesgo, peso saludable”. A la fecha se han realizado 96.639 cálculos de riesgo cardiovascular y metabólico y se trabaja en la ciudad de Cali en el proyecto “Estandarización del tratamiento de hipertensión”. La estrategia está siendo implementada en veinte (20) departamentos del país y se han tamizado 190.868 personas.

A continuación se describen los principales escenarios de implementación:

- Cajas de Compensación Familiar: en el marco del Programa de Gestión de Riesgo Cardiovascular de la Resolución 780 de 2014, trece (13) Cajas de Compensación Familiar²² en once (11) departamentos del país, avanzan en la implementación de la estrategia “Conoce Tu Riesgo, Peso Saludable”. A la fecha se han tamizado 72.223 personas, a través de la ejecución del 50% de los recursos del cuarto de punto.
- Secretaría de Salud de Santiago de Cali: durante el periodo 2016-2017, en el marco de la implementación de la estrategia “Conoce Tu Riesgo,” dicha entidad territorial tamizó 4.781 personas.
- Convenio Asociación Colombiana de Universidades-MSPS: en el marco de dicho convenio, ocho (8) universidades del país²³ en el mismo número de departamentos avanzan, desde el año 2016, en la implementación de la estrategia “Conoce Tu Riesgo”. Para abril de 2017, tres mil quinientas personas, entre estudiantes, personal docente y personal administrativo habían sido tamizadas en el marco de dicha estrategia.

La estrategia RECCETA-A se implementa en las instituciones prestadoras de servicios de salud adscritas a la seccional sur occidental del asegurador Cooperativa de Médicos del Vale del Cauca–COOMEVA, organización que incorporó dentro de sus procesos de gestión del riesgo cardiovascular y metabólico para su población afiliada las intervenciones contenidas en la estrategia RECCETA-A. A la fecha la estrategia se está implementando en diferentes municipios del departamento del Valle del Cauca entre los que se encuentran Buenaventura, Buga, Bugala grande, Cali, Palmira, Pasto, Popayán y Tuluá y tiene una cobertura de cuatro mil personas que presentan riesgo cardiovascular y/o metabólico moderado y elevado.

Durante 2017 se logró el escalamiento de la estrategia Toma el Control-Estandarización del Tratamiento de Hipertensión hacia los departamentos de Risaralda, Boyacá y Santander, con la participación de once (11) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuentan con programas dirigidos a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. A continuación se describen los centros de entrenamiento por departamento y ciudad donde se implementa la estrategia:

Cuadro 16. Centros de entrenamiento

Departamento/Ciudad	Centro de entrenamiento
Cali	Hospital Carlos Holmes Trujillo Clínica Oriente

²² Cajas de Compensación participantes: Comfenalco Santander, Cajsan, Comfatolima, Comfanorte, Comfama, Comfamiliar Camacol, Comfiar, Comfacesar, Comfacasanare, Comfamiliar Huila, Cajasai, Cofrem, Comfacundi.

²³ Universidades participantes: Universidad Libre de Cali, Universidad Simón Bolívar Barranquilla, Universidad de la Guajira, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Universidad Tecnológica de Pereira, Universidad de Santander-Cesar, Universidad Juan de Castellanos-Tunja.

Departamento/Ciudad	Centro de entrenamiento
Santander	Fundación Oftalmológica de Santander E.S.E Hospital San Antonio- Municipio de Cerrito E.S.E Hospital San Rafael- Municipio de Oiba Clínica Girón E.S.E
Boyacá	ESE Salud Nobsa E.S.E Salud Sogamoso E.S.E Salud Tundama
Risaralda	Hospital San Pedro, San Pablo municipio de la Virginia Hospital Santa Mónica municipio de Dos Quebradas Hospital San José de Belén de Umbría Hospital San Rafael Pueblo Rico

Fuente: Cálculos propios Minsalud

Seguimiento e implementación proyectos

Los proyectos Mi Pié y Generación Vida Nueva se implementan en el departamento de Córdoba y la ciudad de Barranquilla, respectivamente y son financiados por la *World Diabetes Foundation*. Ambos proyectos finalizan en 2018.

Frente al proyecto Mi Pié, se generó la guía de prevención del pie diabético del grupo colombiano. Se capacitaron los equipos de salud del departamento de Córdoba (50 médicos, 60 enfermeras y 40 auxiliares de enfermería) quienes se entrenaron en el tamizaje del pie diabético. A la fecha se han tamizado 2.500 pacientes de diez municipios del departamento y alrededor del 80% de estas tamizaciones fueron incorporados en los registros de la plataforma web.

En relación con el proyecto Generación Vida Nueva, se formalizó la adherencia a la guía de práctica clínica para la atención de la diabetes gestacional y se incluyeron las intervenciones post parto. Se publicaron y distribuyeron las guías y material desarrollado para el manejo de los eventos objeto del proyecto (diabetes gestacional y sobrepeso y obesidad en escolares). Así mismo, se capacitó al equipo de salud (361 profesionales de la salud, 122 docentes universitarios, 116 docentes de primaria y 330 caminantes de la salud). Se reclutaron e intervinieron 2.499 niños con exceso de peso, 1.540 mujeres post parto con diagnóstico previo de diabetes gestacional y 1.304 adultos con antecedentes familiares de diabetes mellitus. En total de tamizaron 8.488 escolares procedentes de 17 instituciones educativas a quienes se les realizó clasificación de riesgo nutricional.

Gestión de la salud pública

Se realizó presentación de avances en la implementación de la estrategia “Conoce Tu Riesgo Peso Saludable” por parte de la Universidad Simón Bolívar (Barranquilla), Universidad Libre de Cali, Universidad de Caldas y Universidad Autónoma de Bucaramanga en el marco de la implementación de la estrategia en el marco del trabajo. El total de personas tamizadas fue de 3.800.

También se llevó a cabo la reunión internacional virtual de cierre del año 2017 de la estrategia "Toma el Control". En dicha reunión participaron representantes de OPS Washington, Ministerio de Salud de Cuba, Ministerio de Salud de Chile y Ministerio de Salud de Barbados, así como representantes las IPS ubicadas en los departamentos de Risaralda, Boyacá Santander y la ciudad de Cali, que participan en la implementación de la estrategia.

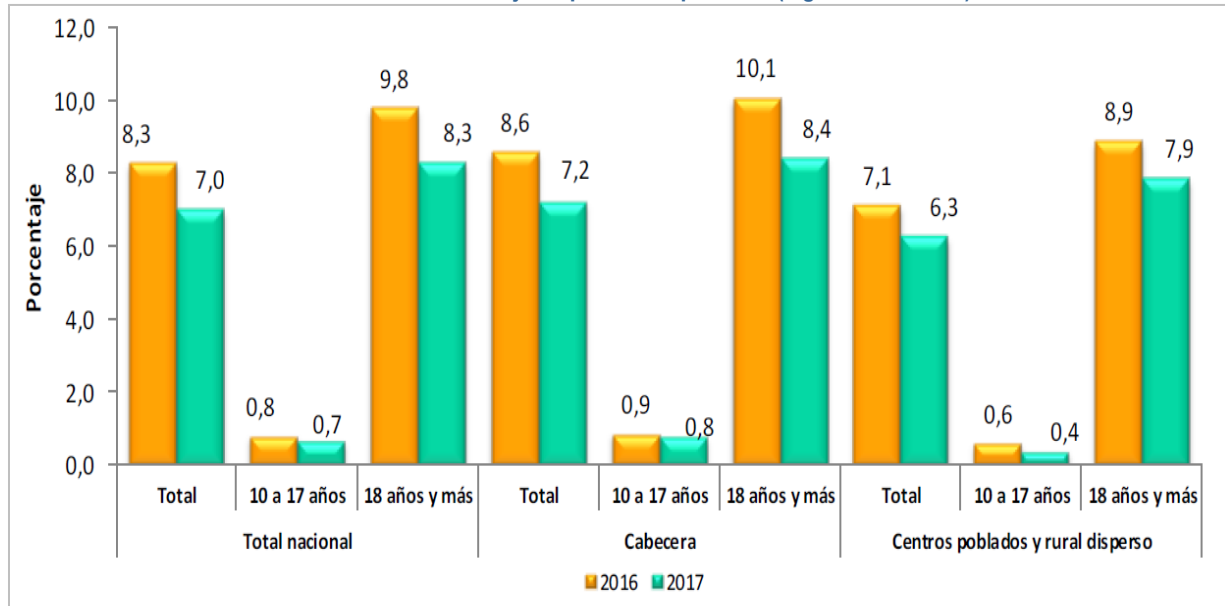
3.6 Políticas de control del consumo de tabaco y exposición al humo de tabaco y sus derivados

El Estado colombiano –en su conjunto– ha venido trabajando en el posicionamiento intersectorial de una serie de acciones de política pública sobre el control del tabaco, en el entendido que se debe trabajar con todas las entidades

del Gobierno Nacional y la sociedad civil para lograr el cumplimiento efectivo que Colombia ha asumido como parte del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control de Tabaco (CMCT de la OMS). Ejemplo de ello lo constituyen la serie de medidas legislativas, judiciales y administrativas que se han implementado en el país y el consecuente posicionamiento del tema en la agenda gubernamental, especialmente en el sector salud.

Como resultado de las acciones implementadas, la ECV del DANE de 2016²⁴ incluyó algunas variables que permiten obtener información sobre el consumo de cigarrillo de las personas de 10 años y más. Con los resultados de la ECV de 2017²⁵, se observó una reducción de más de un punto porcentual en el total nacional de las personas que fuman al pasar de 8,3% a 7,0%.

Ilustración 31. Porcentaje de personas que fuma (cigarrillo / tabaco)



Fuente: Fuente: DANE- ECV

Nota: Las variaciones 2016-2017 son estadísticamente significativas para total nacional y cabecera, en total y 18 años y más

Las transformaciones en el consumo de tabaco son producto de la gestión adelantada por entidades gubernamentales y la sociedad civil, dentro de cuales están las siguientes:

Impuestos al tabaco

Gran parte de la caída en el consumo puede atribuirse al incremento de los impuestos al tabaco establecido en la Ley 1819 de 2016, de acuerdo con investigaciones preliminares que evalúan el impacto de la medida²⁶. En efecto, en el documento técnico (Papeles en Salud No. 1) elaborado por el MSPS con el apoyo del Banco Mundial, se había

²⁴ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2016. Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2016>

²⁵ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2017. Encuesta de Calidad de Vida. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2017>

²⁶ Maldonado N et.al. Measuring illicit cigarette trade in Colombia.

Disponible en: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2018/03/14/tobaccocontrol-2017-053980>

Maldonado N, Gallego JM, Llorente B. An evaluation of the cigarette tax increase impact on illicit trade in 5 Colombian cities. Disponible en:

http://www.tobaccoinduceddiseases.org/An-evaluation-of-the-cigarette-tax-increase-impact-on-illicit-trade-in-5-Colombian_84330_0_2.html

Erin J et.al. The distributional consequences of increasing tobacco taxes on Colombia's health and finances: An extended cost-effectiveness analysis. Disponible en:

<http://documents.worldbank.org/curated/en/463121507058748037/The-distributional-consequences-of-increasing-tobacco-taxes-on-Colombia-s-health-and-finances-An-extended-cost-effectiveness-analysis>

Maldonado N, Llorente B, Deaza J. Impuestos y demanda de cigarrillos en Colombia. Disponible en:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31304/v40n4a07_229-36.pdf?sequence=5

previsto la reducción del consumo como efecto de corto plazo de la implementación de la medida²⁷, demostrando la efectividad del impuesto en el logro de los resultados en salud, tal y como señala el amplio acervo de evidencia científica que existe hasta la fecha.

A partir de las modificaciones realizadas por la Ley 1819 de 2016 o reforma tributaria, desde 2017 cada cajetilla de cigarrillos de 20 unidades paga por impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado, un valor específico que se actualiza cada año y un componente *ad valorem* del 10% de la base gravable que corresponde al Precio de Venta al Público (PVP) certificado anualmente por el DANE²⁸. Esta misma ley modificó la tarifa general del IVA que aumentó del 16% al 19%, tarifa que también se refleja en el precio de los cigarrillos, con lo que:

- En 2016 el componente específico era de \$701 por cajetilla de 20 unidades más un 10% sobre PVP.
- Con la reforma tributaria, en 2017 el componente específico era de \$1.400 por cualquier cajetilla de 20 unidades.
- Para 2018 el componente específico es de \$2.100 por cualquier cajetilla de 20 unidades.
- A partir de 2019 este valor se incrementará de acuerdo al Índice de Precios al Consumidor (IPC) más 4 puntos.

El total del recaudo del componente *ad valorem* y el mayor recaudo del componente específico del impuesto al consumo, después del incremento de tarifa desde 2017, se destina a financiar el aseguramiento en salud. Del total restante, un 16% se destina a financiar el deporte y un 84% es ingreso de libre destinación para los departamentos.

Con lo anterior, dos de las metas del componente Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludables (MCyEVS) de la dimensión “vida saludable y condiciones no transmisibles” del Plan Decenal de Salud Pública ya han sido logradas: a) Aumentar el 100% de los impuestos indexados al Índice de Precios del Consumidor (IPC) y al Producto Interno Bruto (PIB) para los productos de tabaco y sus derivados; y b) reducir al 10% el tabaquismo en personas de 18 a 69 años.

El trabajo coordinado entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y la Veeduría Ciudadana para el Control de Tabaco, que permitió el incremento de los impuestos al tabaco en el marco de la Reforma Tributaria, fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el Premio del Día Mundial Sin Tabaco 2017²⁹ con lo cual se desataca a nivel internacional el trabajo intersectorial y transectorial los esfuerzos del país en el control del tabaco.

Cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo

Entre otras de las acciones desarrolladas en coherencia con la normatividad de control de tabaco, el MSPS construyó –con el apoyo de Javesalud de la Pontificia Universidad Javeriana– el Programa Nacional para la Cesación del Consumo de Tabaco y Atención del Tabaquismo, el cual incorpora las intervenciones más costo-eficaces³⁰ para ayudar a las personas a dejar de consumir productos de tabaco, el cual incluye indicadores de seguimiento y evaluación. Como parte del proceso de implementación del programa, con el apoyo de la OPS y del Centro de Cooperación para Control de Tabaco de Uruguay, se realizaron cuatro jornadas de capacitación para profesionales de salud, orientadas a enfocar el tratamiento para la dependencia del tabaco desde la atención primaria, con la participación de cerca de 60 profesionales entre médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeras y trabajadores sociales que tienen la responsabilidad de implementar el programa en sus instituciones.

²⁷ Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 2016. Papeles en Salud No.1. Impuestos al tabaco. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/papeles-en-salud-1-2016-impuestos-tabaco.pdf>

²⁸ DANE. Precios Promedio de Cigarrillos y Tabaco. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/precios-y-costos/cigarrillos-y-tabaco>

²⁹ World No Tobacco Day 2017 awards - the winners. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/wntd/awards-2017/en/>

Colombia, Ecuador y Perú recibirán el premio del Día Mundial sin Tabaco de la OMS. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13381:colombia-ecuador-y-peru-recibiran-el-premio-del-dia-mundial-sin-tabaco-de-la-oms&catid=740:press-releases&Itemid=1926&lang=es

³⁰ Ministerio de Salud y Protección Social, 2017. Programa Nacional para la cesación del consumo de tabaco y la atención del tabaquismo. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/programa-cesacion-tabaco.pdf>

Ambientes 100% libres de humo de tabaco

Para el caso de la protección de los Ambientes Libres de Humo de Tabaco, el Código de Policía (Ley 1801 de 2016) ha establecido una serie de disposiciones que se deben interpretar armónicamente con el contenido de la Ley 1335 de 2009, en lo que corresponde con los procedimientos sancionatorios y las respectivas multas derivadas del incumplimiento de la norma. Aunque algunos municipios han establecido instrumentos en los cuales verifica el cumplimiento de los ambientes 100% libres de humo de tabaco, el MSPS está adelantando la prueba piloto del Acta Unificada de Inspección y Vigilancia de la Ley 1335 en nueve entidades territoriales. Este proceso se adelanta con el objetivo de integrar los instrumentos y los mecanismos de inspección y vigilancia, permitiendo además hacer seguimiento periódico al cumplimiento de la normatividad. Vale mencionar que el Acta, al identificar los posibles incumplimientos a la Ley 1335, permite canalizar a las autoridades competentes los hallazgos para que en el marco de sus competencias adelanten las investigaciones y acciones con fundamento en el debido proceso.

Adicionalmente, acorde con la competencia otorgada por el artículo 20 de la Ley 1335 de 2009, el MSPS diseñó la señalización oficial para los ambientes libres de humo de tabaco y sus derivados³¹, así como una señalización específica para los entornos escolares³², los cuales tendrán la respectiva difusión en el 2018.

Ilustración 32. Señalización en materia de tabaco y sus derivados



Fuente: MSPS. Dir. de Promoción y Prevención

Así mismo, se continúan desarrollando procesos de movilización social de denuncia ante el incumplimiento de los ambientes libres de humo, liderado por las autoridades competentes de los procesos de inspección, vigilancia y control (IVC): Policía Nacional y el MSPS.

Coordinación intersectorial

El Ministerio de Relaciones Exteriores y el MSPS han coordinado el desarrollo de reuniones intersectoriales³³ en las que se han abordado temáticas específicas relacionadas con los procesos de inspección, vigilancia y control de la

³¹ Señalización Ambientes Libres de humo de tabaco.

Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/senalizacion-alh-establecimientos-abiertos.jpg>

³² Señalización Ambientes Libres de humo de tabaco para el entorno escolar. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/senalizacion-alht-entorno-escolar.jpg>

Ley 1335, la implementación del Programa Nacional de Cesación del consumo de tabaco, la lucha contra el comercio ilícito de productos de tabaco y el proceso de ratificación del protocolo para la eliminación de este fenómeno.

De otra parte, y en cumplimiento de sus obligaciones como Estado Parte del Convenio Marco para el Control de Tabaco, el MSPS ha coordinado el proceso de construcción intersectorial de los informes bienales de implementación del convenio en el país. A la fecha, el país cuenta con los informes de 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018.

Con relación a lo establecido en el artículo 6° de la Ley 1335, en el marco de un Convenio de Cooperación con la OPS, el Ministerio desarrolló la propuesta de lineamientos sobre el uso de tabaco en población indígena y población afro descendiente.

Adicionalmente frente al trabajo intersectorial, el IETS y el programa Cardiecol, con recursos de Colciencias, desarrollaron el resumen de política basada en evidencia sobre sistemas electrónicos de administración de nicotina que servirá de insumo a este Ministerio, para definir la postura técnica frente a la regulación de este tipo de productos. Por su parte, el MSPS también avanzó en el desarrollo de otro resumen de política basado en evidencia que aborda los mejores mecanismos para proteger a las políticas de salud pública contra la interferencia de la industria del tabaco³⁴.

Cooperación internacional

En 2017 Colombia fue seleccionada como uno de los 15 países en el mundo que hacen parte del Proyecto FCTC 2030 el cual –con recursos del Gobierno del Reino Unido– busca apoyar durante varios años (a 2021) el proceso de implementación del Convenio Marco y así contribuir al logro de los objetivos y metas establecidos en la Agenda de Desarrollo Sostenible. Para el proyecto en Colombia se contemplan tres líneas estratégicas: a) fortalecimiento de los procesos de inspección, vigilancia y control del control de tabaco; b) fortalecimiento de la acción intersectorial; c) implementación del Programa Nacional de Cesación de Tabaco, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). En noviembre de 2017 se realizó el lanzamiento oficial del proyecto que contó con la participación de delegados de la Secretaría del Convenio Marco, de la OMS, de la OPS y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El proyecto permitirá la formalización del mecanismo de coordinación intersectorial, desarrollará capacidades técnicas y operativas en IVC y facilitará el logro de la meta establecida en el Plan Decenal de Salud Pública relacionada con la disponibilidad de servicios o unidades especializadas en cesación del consumo de tabaco.

Empaquetado y etiquetado de productos de tabaco

En cumplimiento de la Ley 1109 de 2006 (Convenio Marco para el Control de Tabaco) y la Ley 1335 de 2009 (Ley de Control de Tabaco), y la Resolución 3961 de 2009, el MSPS diseña las advertencias sanitarias que se rotan anualmente, de conformidad con la metodología cuantitativa y cualitativa establecida para este efecto. Recientemente se ejecutó un contrato con la Universidad Nacional de Colombia para el diseño y evaluación de la ronda de las 6 advertencias de obligatorio uso por los productores e importadores de productos de tabaco para el periodo del 21 de julio de 2018 al 20 de julio de 2019.

³³ Colombia avanza en la articulación interinstitucional para la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Disponible en:

<http://www.cancilleria.gov.co/en/newsroom/news/2017-05-15/16511>

Con el Tercer Encuentro Interinstitucional Colombia avanza en la articulación para la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Disponible en:

<http://www.cancilleria.gov.co/en/newsroom/news/tercer-encuentro-interinstitucional-colombia-avanza-articulacion-aplicacion-convenio>

³⁴ Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014. Resumen de evidencia: Opciones de política para contrarrestar las acciones de interferencia de la industria tabacalera en Colombia, en el cumplimiento del Artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco y sus normas concordantes. Disponible en:

http://apps.who.int/ctc/implementation/database/sites/implementation/files/documents/reports/colombia_2016_annex11_options_to_prevent_tobacco_industry_interference_report.pdf

De manera paralela, el Ministerio, específicamente el Comité de Etiquetado y Empaquetado de Productos del Tabaco y sus Derivados (Resolución 1209 de 2012), en el marco del procedimiento “Evaluación Integral del etiquetado y empaquetado de los productos de tabaco y sus derivados”, revisa y analiza las simulaciones del empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco, en lo que respecta a las advertencias sanitarias y a la prohibición total de cualquier tipo de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco. Este control, antes de que los productos entren al mercado, garantiza la aplicación de lo establecido en la normatividad para el control de tabaco. Derivado de la aplicación de este procedimiento de evaluación integral del empaquetado y etiquetado de productos de tabaco, en el que se ha venido retirando frases y elementos pictográficos promocionales de los empaques, la Nación-MSPS ha sido objeto de múltiples demandas por parte de la industria del tabaco. El poder judicial ha venido avalando las actuaciones administrativas del Ministerio, en defensa y garantía de la efectiva implementación del Convenio Marco y de la Ley 1335 de 2009³⁵.

3.7 Salud nutricional

La Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas del MSPS es la encargada de proponer, orientar, formular, difundir, implementar, desarrollar, hacer seguimiento y evaluación a políticas, normas, regulaciones, planes, programas y proyectos para el fomento y la promoción de la salud nutricional y la reducción del riesgo de eventos relacionados con el régimen alimentario, la nutrición e inocuidad de los alimentos contribuyendo a la seguridad alimentaria y nutricional de la población. Para el logro de los indicadores relacionados se llevaron a cabo ciertas acciones:

Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (por cada 100.000)

Como se expuso en la sección 2 del presente documento, según el DANE la tasa de mortalidad por desnutrición para los menores de cinco años ha tenido una tendencia a la disminución³⁶.

En este mismo sentido, con propósito de dar respuesta a la presencia de mortalidad infantil por y asociada a la desnutrición, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y del Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS se avanzó en lo siguiente:

- Se diseñó e implementa actualmente la ruta para la atención a la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años.
- Se realizó desarrollo de capacidades en el lineamiento de atención a la desnutrición aguda moderada y severa a los profesionales responsables de la atención en salud de niños y niñas menores de 5 años como médicos, pediatras, enfermeras y nutricionistas en los departamentos de La Guajira, Vichada, Meta, Chocó, Guainía, Antioquia, Amazonas, Boyacá, Cundinamarca, Cesar, Huila, Casanare, Bogotá, Valle, Vaupés, Atlántico Magdalena y Tolima.
- En el año 2016 se realizó adquisición de fórmula terapéutica para el tratamiento de la desnutrición aguda en el marco del Convenio 416/2016 MSPS/UNICEF y en el año 2017 se realizó la compra directa mediante Contrato 676-2017 con la siguiente existencia:

³⁵ Para acceder a las diferentes rondas de advertencias sanitarias, se sugiere consultar el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=advertencias%20sanitarias&scope=Todos>

³⁶ La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (por cada 100 mil) pasó de 14,9 en 2005 a 6,8 en 2015. Sin embargo, las mortalidades relacionadas con estos eventos muestran un leve aumento para el 2016 (dato preliminar: 8,2), por lo que en la actualidad se encuentran en un fortalecimiento de intervenciones desde los diferentes ámbitos que permitan disminuir su presencia.

Cuadro 17. Distribución fórmula terapéutica por entidad territorial

Entidad territorial	Total entregas	
	Cajas F-75 # x 120 sobres	Cajas FTLC x 150 sobres
Guajira	132	869
Vichada	6	79
Meta	8	64
Chocó	10	182
Guainía	3	53
Antioquia	22	325
Amazonas	3	22
Boyacá	10	82
Cundinamarca	6	88
Cesar	10	210
Guaviare	11	101
Huila	11	94
Putumayo	9	78
Casanare	6	111
Córdoba	3	60
Bogotá	0	0
Valle	8	90
Vaupés	2	36
Atlántico	10	88
Magdalena	11	122
Tolima	10	67
Cauca	2	30
Nariño	3	40
Sucre	2	30
Bolívar	5	65
N. de Santander	3	35
Risaralda	3	35
Stock para cubrir requerimientos	59	782
Total tratamientos	177	2969

Fuente: MSPS. Dir. de Promoción y Prevención

- Implementación del Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario, el cual surge como una medida para dar respuesta a la mortalidad infantil asociada a desnutrición en el departamento de La Guajira, desde el 2015 al 2017, con los siguientes resultados:

Cuadro 18. Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición

Beneficiarios	2016	2017
Familias identificadas	19.031	16.929
Gestantes	1.029	958
Niños menores de 5 años	13.906	11.151

Fuente: MSPS. Dir. de Promoción y Prevención

Cuadro 19. Atenciones Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición, según evento

Evento	2016	2017
Desnutrición aguda moderada o severa	406	156
Bajo peso gestacional	-	181

Fuente: MSPS. Dir. de Promoción y Prevención

Cuadro 20. Inversión Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición

Año	Modalidad de financiación	Recursos
2017	Transferencia de recursos a la entidad territorial	\$1.500.000.000

Fuente: MSPS. Dir. de Promoción y Prevención

- Seguimiento a la morbilidad por desnutrición aguda en menores de 5 años: desde el 2016 el Instituto Nacional de Salud–INS realiza dicho seguimiento a través del SIVIGILA.
- Línea de atención a la desnutrición: Opera durante los 7 días de la semana, 24 horas, en alianza con la línea nacional de atención de desastres del MSPS desde diciembre del 2015. Esta línea presta servicios de información, asesoría y direccionamiento a la población en estado de vulnerabilidad nutricional. Se dispone traducción al Wayuunaiki para los seguimientos y continuidad de los procesos, en los casos de consulta por parte de no hispanoparlantes que pertenecen al pueblo Wayúu.

Cuadro 21. Llamadas a la línea de atención a la desnutrición

Departamentos	2016	2017
Amazonas	71	
Antioquia	242	1
Arauca	110	5
Atlántico	6	1
Bogotá D.C.	7	1
Bolívar	40	
Caquetá	3	
Cauca	2	
Cesar	72	1
Chocó	65	
Córdoba	312	7
Cundinamarca	17	4
Guajira	821	220
Huila	71	1
Magdalena	4	1
Meta	2	1
Nariño	14	
Norte de Santander	1	
Risaralda	3	
Santander	45	2
Tolima	76	
Valle	3	3
Vichada	1	
Total	1.988	248

Fuente: MSPS. Dir. de Promoción y Prevención

Evaluación de adherencia y costo-efectividad 2016–2017 del lineamiento de atención a la desnutrición aguda moderada y severa

En el año 2017 se realizó la evaluación a través del convenio de cooperación técnica entre este Ministerio y UNICEF, teniendo como principales resultados:

- La implementación del lineamiento en los municipios de Maicao, Manaure, Riohacha y Uribia es costo-efectiva.

- En las zonas rurales dispersas, el tratamiento ambulatorio por parte de los equipos extramurales es adecuado, sobre todo en donde se ha implementado el Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario del MSPS.

Programa de Prevención y Reducción de Anemia en Niños entre 6 y 23 Meses de Edad en el Marco de la Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia

El Programa Nacional de Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional es una respuesta programática universal con pertinencia étnica, de género y territorial que acoge los lineamientos de política, técnicos y operativos de la estrategia De Cero a Siempre³⁷.

Implementación

El programa de anemia contempla el fortalecimiento de 18 atenciones previstas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Materno Perinatal, las cuales se garantizan a través de los servicios de salud y las acciones que se dan en los diferentes entornos. Se ha desarrollado en 6 departamentos (La Guajira, Bolívar, Chocó-Quibdó, Guainía, Nariño y Sucre) que se han tomado como piloto, considerando que cuentan con criterios de diversidad poblacional, institucionalidad territorial y la alta prevalencia de anemia de las niñas y los niños.

En la vigencia 2016, el MSPS realizó la adquisición de micronutrientes en polvo para entregar a los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad de los departamentos en donde se implementa el programa, beneficiando de esta manera a 117.426 niños y niñas, de 153 municipios de los 6 departamentos. Estos micronutrientes en polvo se entregaron en el año 2017 a todos los niños y niñas del grupo de edad definido, a través de la consulta de crecimiento y desarrollo. En aquellas zonas rurales dispersas de difícil acceso la entrega se realiza a través de equipos extramurales que atienden a las familias en sus comunidades.

Inversión

Los recursos que han sido destinados para el fortalecimiento de la implementación del programa han sido ejecutados en el 100% y el presupuesto destinado para los seis (6) departamentos corresponde a lo siguiente:

Cuadro 22. Fortalecimiento del programa

Ítem	Valor
Adquisición de micronutrientes en polvo 2016	\$ 900.000.000
Otros: Contrato 146 de 2017 (50%)	\$ 40.422.350
Otros: Contrato 984 de 2017 (50%)	\$ 34.278.000

Fuente: MSPS. Dir. de Promoción y Prevención

Bancos de leche humana en funcionamiento

La implementación de la estrategia de Bancos de Leche de Humana-BLH, está enmarcado en el Plan Decenal de Lactancia Materna-PDLM. Durante el periodo 2011-2017 se llevó a cabo lo siguiente:

- Talleres de capacitación en el PDLM: Se realizaron 13 talleres, dirigidos a los diferentes actores de las entidades territoriales mediante metodologías y estrategias que garanticen su asimilación e incorporación en la vida de los participantes y de las instituciones involucradas. Las ciudades donde se desarrollaron fueron: Barranquilla,

³⁷ Para mayores detalles, se sugiere consultar: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Paginas/deCeroaSiempre.aspx>

Bucaramanga, Manizales, Ibagué, Pereira, Montería, Tunja, Pasto, Valledupar, Medellín, Cali, Bogotá y un taller correspondiente al departamento de Cundinamarca.

- Taller de planeación y priorización en alimentación infantil
- Gestión de políticas públicas; rectoría en salud para la atención nutricional; articulación inter, intra y transectorial; comunicación sobre alimentación y nutrición; unidad conceptual y gestión del talento humano sobre alimentación y nutrición y sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional.
- Movilización social, cultura alimentaria, entornos saludables y calidad de la atención en salud y nutrición y población vulnerable.

Evaluación Nacional del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010–2020

A continuación se citan los principales resultados:

- Conocimiento del PDLM 2010–2020: el 47.5% de las IPS consultadas afirman desconocerlo.
- Servicios institucionales: Las IPS encuestadas refieren las siguientes estrategias para el fomento y protección a la lactancia materna: Consejería en LM (84,7%), Estrategia AIEPI (71,1%) y estrategia IAMI (58,6%).
- Según los entrevistados, se han fortalecido la Secretaría de Integración Social del Distrito Capital con las Salas Amigas de la Familia Lactante.
- Las IPS encuestadas informaron que para favorecer el inicio temprano de la LM, el 79,2% practica alojamiento conjunto, el 78,9% realiza el apoyo a madres en los primeros 60 minutos y el 76,9% practica el contacto piel a piel.
- Sostenibilidad del PDLM 2010–2020: De las acciones para garantizar la sostenibilidad se debe consolidar el cumplimiento del marco normativo y fundamentar con instrumentos más eficaces la gestión de recursos y de conocimiento, al tiempo que incrementar la participación social y la articulación intersectorial de cuya sinergia se esperaría mayor capacidad de agencia de los actores para mantener la continuidad en el tiempo de las acciones, pero sobre todo, para incrementar los entornos favorables y mitigar de mejor manera las barreras sociales a la lactancia materna (LM).
- Propuesta de resolución de los BLH gestionada y desarrollada a través de carta acuerdo firmada entre el MSPS y la fundación Éxito con el fin de fortalecer las acciones en torno a la estrategia de Bancos de Leche Humana en el país; la vigencia de dicho acuerdo es hasta junio del 2018. Las acciones que se resaltan en esta alianza son las siguientes:

Acciones en el marco de la alianza con la Fundación ÉXITO

- Diagnóstico de la situación de infraestructura, personal, manejo de información y articulación territorial de cada uno de los BLH en Colombia.
- Seguimiento al desarrollo de planes de acción de cada uno de los bancos de leche.
- Adquisición y entrega de los equipos para los bancos de leche, acorde a priorización y diagnóstico realizado.
- Visita de asistencia técnica durante 5 días para capacitación práctica in-situ para cada grupo de participantes en formación de los BLH.
- Apoyar técnicamente el desarrollo de los lineamientos de BLH en el país.

Inversión

Cuadro 23. Inversión BLH

Descripción	2016	2017
Acompañamiento y fortalecimiento técnico de los BLH	\$ 180.000.000	\$ 85.000.000

Descripción	2016	2017
Compra de bienes y equipos para los BLH	\$ 1.080.000.000	
Diagnóstico de la situación de los BLH en Colombia para la construcción del Proyecto BLH	\$ 70.000.000	
Total	\$ 1.430.000.000	\$ 85.000.000

Fuente: MSPS. Dir. de Promoción y Prevención

Consejería en lactancia materna

La consejería en lactancia materna se ha propuesto como una iniciativa para promover la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida

En el año 2017 se realizó seguimiento a las universidades que participaron, evidenciando que 6 de las 9 universidades participantes, desarrollaron un diplomado o curso de extensión relacionado con consejería en lactancia materna.

Código internacional de sucedáneos de la leche materna y Decreto 1397

El Código Internacional de Sucedáneos y el Decreto 1397 son estrategias para incentivar la alimentación saludable desde el inicio de la vida, comenzando por la lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación complementaria. Adicionalmente, durante el 2017 se construyó el plan operativo para la actualización del decreto con una inversión de \$40.000.000.

3.8 Bebidas azucaradas

En el marco de la mencionada reforma tributaria, el MSPS ya había planteado sus argumentos a favor de un impuesto a las bebidas azucaradas como una medida necesaria de salud pública para Colombia³⁸. Según lo expuesto por el MSPS, el mundo está experimentando un aumento en las prevalencias de obesidad y sobrepeso, y Colombia no es ajena a la desafortunada tendencia. De acuerdo con los resultados de la última Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN), el porcentaje de personas con exceso de peso aumentó. Este incremento ha sido importante en todos los grupos de edad, pero especialmente en los niños entre 5 y 17 años, escolares y adolescentes³⁹.

La evidencia ha demostrado que los estilos de vida no saludables –dentro de los que se encuentra la alimentación no saludable– son determinantes del exceso de peso. Uno de los productos que por su composición nutricional provocan el aumento de peso es el grupo de las llamadas bebidas azucaradas. Estas bebidas se encuentran entre los productos que por su composición nutricional y por su contenido de azúcar adicionado (el cual no es un nutriente) causan exceso de peso. Son fuente de calorías “vacías” (calorías que no generan saciedad) y no aportan nutrientes. Adicionalmente, estas bebidas aportan sodio, cuyo consumo se relaciona con una mayor probabilidad de hipertensión arterial. El consumo de estas bebidas en los jóvenes en Latinoamérica es uno de los más altos del

³⁸ Ver: CADENA, E. et Al. Impuesto a las bebidas azucaradas (documento de trabajo No. 5). En: Papeles en Salud: Pensemos la salud. Evidencia, análisis y decisión. ISSN: 2500-8366 (en línea). Bogotá, D.C., octubre de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/papeles-salud-n5.pdf>

³⁹ Según la última ENSIN 2015:

- El 6,3% de los menores de 5 años en Colombia tiene exceso de peso. En 2010 este indicador marcó 5,2%.
- El 24,4% de los escolares en Colombia tiene exceso de peso. En 2010 este indicador marcó 18,8%.
- El 17,9% de los adolescentes en Colombia tiene exceso de peso. En 2010 este indicador marcó 15,5%.
- El 56,4% de los colombianos adultos tiene exceso de peso. En 2010 este indicador marcó 51,2%.

mundo. De acuerdo con la ENSIN, la mayor parte de los colombianos consume gaseosas o refrescos frecuentemente. Así mismo, las bebidas azucaradas son causantes del 13% de la mortalidad por diabetes, el 5% de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y el 1% de la mortalidad por neoplasias asociadas.

Muchas de estas patologías pueden ser prevenibles mediante cambios de comportamiento enfocados hacia estilos de vida saludables, entre los que se encuentra la alimentación saludable. Prevenir el aumento de personas con exceso de peso es fundamental como medida de salud pública ya que este es un factor de riesgo de estas enfermedades no transmisibles (como diabetes, cáncer de endometrio, ovarios, mama y próstata, accidentes cerebrovasculares y cardiopatías). Muchas de estas patologías están entre las 10 principales causas de muerte en Colombia.

Por tanto, se considera necesario tomar una serie de medidas que integralmente permitan orientar el comportamiento de los consumidores hacia estilos de vida saludables. Una de las soluciones más importantes para incentivar la disminución del consumo de estos productos son los impuestos. Estas medidas permiten la reducción del consumo en corto plazo y generan ingresos que pueden ser utilizados en programas de prevención complementarios.

Es importante mencionar que esta es una parte de las medidas que el MSPS ha orientado para reducción del exceso de peso. Entre las medidas ya implementadas se tienen la Estrategia 4x4, los lineamientos para la promoción de frutas y verduras, la preparación para la reglamentación del etiquetado, las tiendas escolares y la promoción de la actividad física en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y sus respectivas rutas.

En Colombia, un impuesto del 20% lograría una reducción del consumo de estas bebidas en la misma proporción, de acuerdo con lo sugerido por la OMS y expertos. Sin el impuesto, en el 2020 Colombia tendrá alrededor de 90 mil casos de diabetes mellitus asociada a bebidas azucaradas. Con el impuesto este número se podría reducir a 72 mil casos y la mortalidad se reduciría en cerca de 700 personas al año.

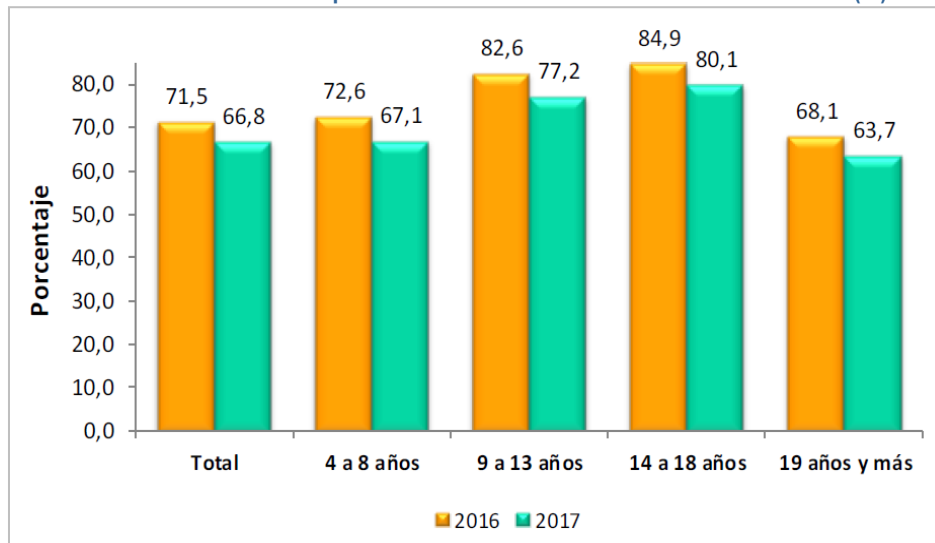
También hay que tener en cuenta que aproximadamente \$25 billones anuales de los recursos en salud se dirigen a enfermedades prevenibles. Estrictamente, el gasto por diabetes atribuible a bebidas azucaradas ronda los 800 mil millones de pesos al año. Si no se toman medidas para reducir el consumo, este gasto superaría el billón de pesos en 2020. Solo con el impuesto se lograría un ahorro importante.

El consumo más alto de estas bebidas se da en los quintiles de menor ingreso. Por lo tanto, el mayor impacto del impuesto se esperaría en estos niveles. Esto indica una progresividad del efecto en salud, ya que son estas poblaciones las que mejoran en el futuro sus resultados en salud, además de aumentar su protección financiera respecto a las patologías asociadas. También hay que tener en cuenta que los sustitutos de este tipo de bebidas son de fácil acceso. Los deseables en este caso son agua mineral, agua carbonatada, jugos sin azúcar y leche.

La evidencia en los países donde aplicó la medida de tributación a las bebidas azucaradas muestra que con el impuesto el precio aumenta, el consumo de estas bebidas disminuye y hay sustitución hacia productos no gravados, como el agua. Es así como la medida ha sido aplicada en Finlandia, Hungría, Francia, México, Dinamarca y algunas islas del Pacífico. Chile y Reino Unido recientemente implementaron este impuesto. No obstante que la propuesta no fue acogida para el país en la última reforma tributaria, el MSPS está dispuesto a continuar con este debate en pro de la salud de los habitantes de Colombia, lo que permite avanzar en estas políticas preventivas.

Finalmente, se resalta que según la última ECV del DANE, en 2017 el porcentaje de personas que manifestaron consumir bebidas azucaradas (habitualmente) bajó al 66,8%. Este valor era de 71,5% en 2016. Las personas entre 14 y 18 años siguen presentando el porcentaje más alto de consumo de estas bebidas.

Ilustración 33. Personas que habitualmente consumen bebidas azucaradas (%)



Fuente: DANE- ECV

Notas: Las bebidas azucaradas son entendidas como gaseosas, refrescos, bebidas de jugos de frutas procesadas, te endulzado y refrescos en polvo. Las variaciones 2016-2017 son estadísticamente significativas.

3.9 Otras acciones de promoción y prevención

SALUD MENTAL

Acciones de promoción en salud mental

Se armonizaron y ajustaron los lineamientos operativos de las RIAS promoción y mantenimiento de la salud para la implementación de las acciones promocionales en salud mental, teniendo en cuenta las acciones promocionales de salud mental para primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez, adulto mayor.

Se elaboró el ABC sobre la promoción de la salud mental en los entornos educativo y laboral y el manual para la formación de cuidadores de personas con enfermedades crónicas como agentes comunitarios en RBC.

Gestión del riesgo en salud mental

Se construyó el lineamiento operativo de la RIA de trastornos mentales y del comportamiento y epilepsia (y sus anexos), el cual se encuentra en revisión.

En relación con el apoyo a la gestión en salud mental en los casos de emergencias y desastres y para el caso específico del municipio de Mocoa (Putumayo) presentado en el año 2017, se brindó asistencia técnica a la Secretaría Departamental de Salud (SDS) de Putumayo para la formulación del proyecto "Apoyo en salud mental y atención psicosocial" y en coordinación con la OSP se realizó el taller para la generación de capacidades en Rehabilitación Mental y Psicosocial Basada en Comunidad-RBC como apoyo al "Plan de acción de apoyo en salud mental y atención psicosocial a implementar en la emergencia de Mocoa-Putumayo, 2017". Lo anterior se adelantó en coordinación de acciones de salud mental con el equipo de emergencias y desastres del MSPS.

Plan de Prevención y Atención a la Conducta Suicida

Se elaboró el documento insumo del Plan para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida 2018–2022, vinculado al Plan Nacional de Salud Mental (2016–2017), el cual fue socializado con los referentes de salud mental del país.

Se elaboró un documento técnico que da cuenta de la metodología de las salas situacionales en salud mental, como insumo para la formulación de planes territoriales de prevención y atención de la conducta suicida, socializado con departamentos y distritos del país.

Programa de salud mental indígena formulado y concertado

Se elaboró el documento propuesta de programa de salud mental intercultural para pueblos indígenas. Se realizó seguimiento a las estrategias y actividades desarrolladas en los diferentes territorios frente a la promoción de la salud mental y prevención de problemas y trastornos mentales, con énfasis en suicidio, con población indígena.

Gestión de la salud pública en salud mental

En el marco del Consejo Nacional de Salud Mental (CNSM), se ejercieron funciones de Secretaría Técnica del CNSM, consolidando los anexos relacionados con los avances de reglamento interno. Se elaboró el informe de Gestión del CNSM desarrollado durante el año 2016 y se construyó el plan de trabajo 2017. También se adelantó todo lo pertinente con la conformación del mismo y el desarrollo de sesiones.

Consejos Territoriales de Salud Mental

Se construyó lineamiento técnico preliminar para la conformación de los Consejos Departamentales de Salud Mental, para brindar asistencia técnica a las 6 direcciones territoriales priorizadas: Antioquia, Casanare, Caldas, Bogotá D.C., Cundinamarca, Nariño y Norte de Santander.

CONPES de salud mental formulado

En 2017 se realizó un trabajo conjunto entre el MSPS y el equipo de apoyo del Departamento Nacional de Planeación (DNP) en el cual se establecieron acuerdos para brindar apoyo técnico en la construcción de un documento CONPES en salud mental.

Política pública de salud mental adoptada a nivel territorial

Se priorizaron seis (6) entidades territoriales para la adopción y adaptación de la política de salud mental y construcción de paz: Antioquia, Bogotá D.C., Cundinamarca, Casanare, Caldas, Casanare, Nariño y Norte de Santander; orientando la construcción y formulación de la política pública de salud mental y se brindó asistencia técnica durante todo el año, no solo a las entidades priorizadas sino de manera general a todo el país. Se utilizó la metodología de la OPS. Al finalizar el año, Bogotá, Cundinamarca, Norte de Santander, Casanare, Vaupés y Caldas contaban con un documento que daba cuenta de la adopción y/o adaptación de la política pública de salud mental.

Apoyo técnico al plan de rehabilitación psicosocial para la convivencia y la no repetición

Se realizaron visitas de monitoreo y seguimiento a la prestación de servicios de salud a los municipios de Tumaco (Nariño) y Vigía del Fuerte (Antioquia) respondiendo a lo establecido en el Plan de Contingencia para la Atención

Integral en Salud en Zonas Veredales Transitorias de Normalización (ZVTN) y Puntos Transitorios de Normalización (PTN) en el proceso de desarme, desmovilización y reincorporación de excombatientes de las FARC-EP.

Se realizó ajuste y socialización con referentes territoriales al documento “Documento Técnico y Manual de Gestión de Promoción de la Salud Mental, Prevención y Atención a Problemas y Trastornos Mentales en el marco de la Construcción y Consolidación de Paz”.

Observatorio Nacional de Salud Mental

Se reestructuró y actualizó el Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM), el cual se encuentra visible al público desde julio de 2017- Algunas de las publicaciones que allí se encuentran son: la guía metodológica del ONSM, los indicadores de salud mental, la normatividad y la Caja de Herramientas en Salud Mental.

Se elaboraron 4 boletines en salud mental, los cuales fueron publicados y enviados a los referentes territoriales de salud mental del país. Los temas han sido: depresión, conducta suicida, demencia y salud mental en niños, niñas y adolescentes.

En el marco del seguimiento a los indicadores de salud mental, se elaboraron las fichas de reporte de cada indicador y de avances. Se propuso la modificación de una meta y 4 indicadores, así:

Cuadro 24. Proceso de actualización y reporte de avances en las metas de salud mental en el PDSP 2012–2021

Meta	Indicador actual	Propuesta	Avances en el logro de la meta
A 2021 aumentar en 10% el promedio de los niveles de resiliencia en la población general.	% de población que asiste a programas de fomento de la resiliencia según características socioeconómicas	Se propuso cambiar el indicador por: % de población colombiana de 12 años en adelante con percepción del estado de salud mental como excelente o muy buena	No se tiene información para el reporte del indicador. No hay fuente.
A 2021 aumentar la percepción de apoyo social en un 30% en la población general.	Proporción de personas que conocen o participan en programas de asistencia social del Gobierno Nacional	Se propuso cambiar el indicador por: Proporción de personas que perciben un alto nivel de apoyo social (apoyo con dificultades o problemas)	No se tiene información para el reporte del indicador. No hay fuente.
A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país adoptan y adaptan la política de salud mental, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el ministerio de salud y protección social.	Porcentaje de municipios y departamentos que adoptan y adaptan la política pública de salud mental	Queda igual	A diciembre 2017: 18,9% (Bogotá, Cundinamarca, Norte de Santander, Casanare, Vaupés, Caldas) de los departamentos y distritos tienen documento que da cuenta de la adopción o adaptación de la política de salud mental
A 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes.	Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente	Queda igual	Hay avances. El indicador se mantiene por debajo de la meta: 2012: 4,59 x 100.000 habitantes 2013: 4,42 x 100.000 2014: 4,47x 100.000
A 2021 reducir a 55 por 1.000 personas los avisas perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años.	Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	Se propuso cambiar la meta por: Reducir a 5,7 por 100.000 personas los años de vida potencialmente perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 64 años. Se propuso cambiar el indicador por: Tasa de años de vida potencialmente perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 64 años	Se considera que no hay avances, ya que la mortalidad está en aumento. 2012: 0,40 x 100.000 habitantes 2013: 0,54 x 100.000 2014: 0,97 x 100.000

Meta	Indicador actual	Propuesta	Avances en el logro de la meta
A 2021 aumentar la frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno.	Frecuencia de uso de servicios en salud mental	Porcentaje de personas atendidas con diagnósticos con código CIE10: F00 a F99, X60 a X84, Z55-Z65 y G40 y G41 en servicios de salud mental	Sin reporte. Está pendiente que se genere la salida de información para este indicador

Fuente: MSPS. Dir. de Promoción y Prevención

También se revisó el Plan de Atención en Salud–PAS de Guajira y se modificaron las actividades programadas para 2017. También se entregó un documento con las funciones y perfiles requeridos para el desarrollo de las actividades de la dimensión, específicamente lo de salud mental, brindando orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena en Vaupés, Amazonas y Arauca.

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL

Se realizaron los siguientes avances:

- Socialización a las 32 ET de la guía metodológica de la estrategia de prevención selectiva del consumo de alcohol en estudiantes de secundaria y prevención indicada en estudiantes de instituciones de educación superior.
- Capacitación presencial a la Red Norte de Universidades en la adopción de las orientaciones y herramientas para la articulación del componente de alcohol en la estrategia 4x4.
- Socialización a 32 ET de las orientaciones y herramientas para la articulación del componente de alcohol en la estrategia 4x4.

SALUD BUCAL

Promoción de la salud bucal

Se realizó la primera jornada nacional de la estrategia “Soy Generación más Sonriente” articulado con el PAI. En estas jornadas se atendieron 23.997 niños de un año y 640.995 niños mayores de un año y hasta los 17 años.

Se adelantó acompañamiento a actores partícipes de la iniciativa Aliados por la Salud Bucal, promoviendo acciones en pro de la salud bucal, incluyendo participación en evento de capacitación a profesionales sobre estrategias para promover el Cambio de Comportamientos para el Autocuidado de la Salud Bucal realizado en el marco de los Aliados por la Salud Bucal con el liderazgo de Colgate, ACFO, FOC, Sociedad de Periodoncia Alianza por un Futuro Libre de Caries y el MSPS.

Gestión del riesgo

Se trabajó en la construcción de lineamientos para las rutas específicas de salud bucal y de sus eventos acorde con las diversas orientaciones brindadas.

También se actualizó el lineamiento general de la estrategia “Soy Generación Más Sonriente” y el ABC de la jornada de abril de 2017 esta estrategia, el cual se concertó con el PAI.

Gestión de la salud pública

Los avances en esta materia se resumen así:

- Se continúa la gestión de la reglamentación de dispositivos médicos sobre medidas bucales y los procesos relacionados con la implementación del control de mercurio, como insumo para los lineamientos a presentar a los servicios de salud, especialmente en la consulta odontológica.
- Se cuenta con un convenio Minambiente y el Fondo Mundial para el Medio Ambiente (GEF) que financia el proyecto de “Reducción de las liberaciones de los Contaminantes Orgánicos Persistentes-COP no intencionales y mercurio provenientes de la gestión de residuos hospitalarios (RAEE), procesamiento de chatarra metálica y quemas de biomasa”, en el marco del Convenio Minamata y Estocolmo. La Subdirección de Salud Ambiental del MSPS junto con Minambiente avanzan en un producto de este convenio y a la SENT se le asignaron recursos para articular lo relacionado con amalgama dental. Para ello ya se encuentra contratado, desde 2017, la realización del diagnóstico de productos con mercurio añadido en los servicios de atención de salud y definición de una estrategia que permita la reducción progresiva del mercurio en el sector salud y manejo adecuado de los residuos incluyendo los de amalgama dental. Este proceso se encuentra en la fase de levantamiento de la información.
- Concertación intersectorial para el control del uso de amalgama dental, en el marco del trabajo intersectorial para el Convenio de Minamata y la Ley 1658 de 2013 y concertación interinstitucional para el control del uso de fluoruros en alimentos ante el CODEMI.

SALUD VISUAL

Gestión del riesgo en salud visual

Se avanza de manera importante en la gestión sectorial institucional para la implementación de la ruta de atención integral de salud visual. Se realizan los procesos de inclusión y exclusión de tecnologías en el marco del plan de beneficios para las personas con baja visión.

También se realizó socialización de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud con énfasis en salud visual y socialización de la guía de práctica clínica para la detección temprana y tratamiento de los defectos de refracción y ambliopía dirigida a 60 optómetras y oftalmólogos del departamento de Boyacá.

Gestión de la salud pública

Colombia participó en el tercer encuentro regional de representantes de salud visual y auditiva de los ministerios de salud de América Latina y el Caribe, organizado por la OPS. En el encuentro, el MSPS presentó sus avances y resultados obtenidos gracias a las políticas y estrategias desarrolladas para la detección temprana de alteraciones visuales, en el marco del PDSP 2012-2021 y al MIAS.

Se realizaron alianzas estratégicas con la Universidad de La Salle y la Universidad del Bosque, para presentar la propuesta de desarrollo de la encuesta poblacional de salud visual, que determinará la prevalencia de ceguera en personas mayores de 50 años, en el marco de la convocatoria Colciencias 2017.

SALUD AUDITIVA

Promoción de la salud auditiva

Se realizó diseño de la campaña para la celebración del Día Mundial de la Audición, con la preparación de las piezas comunicativas y la entrega a la Oficina de Comunicaciones del MSPS para su divulgación a las 36 DTS y EAPB (EPS, IPS, ARL); así mismo, a las sociedades científicas, academia y población en general. La celebración se realizó

bajo el lema “Oír Bien Cambia Tu Vida” en todo el territorio nacional. Su objetivo fue sensibilizar a la población sobre la importancia de valorar y cuidar la audición, detectar y tratar oportunamente sus alteraciones, haciendo énfasis en el derecho a la atención integral.

Gestión del riesgo

Se participó en el primer encuentro departamental “Somos Todo Oídos” convocado por la Universidad de Cauca, el cual fue una buena oportunidad para socializar la Política Integral de Atención en Salud, el MIAS y las Rutas Integrales de Atención en Salud a 200 personas del departamento, entre ellas, referentes de la Secretaría Departamental de Salud, representantes de las EPS, IPS, ARL, docentes y estudiantes de la universidad. También se definieron los indicadores y fichas técnicas de salud auditiva y comunicativa.

Gestión de la salud pública

El Ministerio participó en la mesa de trabajo con la Embajada de Australia para revisar la resolución EB139.R1 de la OMS sobre el plan de acción para la prevención de la sordera y la pérdida auditiva.

Adicionalmente, se realizó seguimiento y monitoreo al desarrollo de las estrategias de salud auditiva y comunicativa “Somos todo oídos, audición segura y amor por el silencio” a los 12 departamentos priorizados.

3.10 Participación del MSPS en asuntos relacionados con la salud pública

El Ministerio, en coordinación con otras entidades del sector y distintas instancias del Estado, mantuvo su participación activa en la discusión pública en asuntos relacionados con la salud de los colombianos y construyendo evidencia científica frente a temas de amplio debate como el uso medicinal de la marihuana, la interrupción voluntaria del embarazo y la adopción de niños y niñas por parte de parejas del mismo sexo o de personas solteras (lo anterior ante una iniciativa de referendo sobre la prohibición de adopción a este tipo de familias adoptantes⁴⁰).

A ello se suma las recomendaciones y acciones del Ministerio en asuntos como la eutanasia, los efectos en salud por la aspersión con glifosato y el uso del asbesto. Particularmente, en los últimos años hubo importantes avances en materia de cannabis como se detalla a continuación.

Uso medicinal y científico del cannabis

Para efectos de dar cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 1787 de 2016, el Decreto 780 de 2016, y en las Resoluciones 2891 y 2892, ambas de 2017, se puso en marcha el proceso de otorgamiento de licencias de fabricación de derivados de cannabis, mediante el cual el MSPS autoriza a un solicitante para ejecutar actividades de transformación de cannabis con fines estrictamente médicos y científicos.

⁴⁰ En un concepto enviado al Congreso en 2017, el MSPS manifestó que una consulta de esta índole atenta contra pilares o ejes fundamentales de la Constitución –como el derecho a la igualdad o los derechos de los niños a tener una familia–, y reiteró que no existe evidencia según la cual la adopción por parejas del mismo sexo acarree riesgos para el bienestar y la salud de los menores de edad. El concepto del Ministerio, remitido a propósito de los debates sobre el particular en el Congreso, reitera que el desarrollo cognitivo y emocional de los menores de edad es similar en parejas heterosexuales y homosexuales. “El único factor diferenciador en el bienestar de menores adoptados o criados por parejas del mismo sexo está en el estrés y las dificultades que pueden causar las restricciones legales y el estigma”, señala el documento del Ministerio, reiterando los argumentos remitidos a la Corte Constitucional en 2014. La posición del MSPS está sustentada en diversos estudios y fuentes expertas. Dice el concepto “La Academia Americana de Pediatría ha sugerido en varias oportunidades que el bienestar de los menores de edad se beneficiaría de la legalización de los matrimonios de parejas del mismo sexo y la adopción de parejas dispuestas y capaces para esta tarea, independientemente de su orientación sexual”.

De tal manera, se trabaja en el desarrollo de herramientas para la verificación del cumplimiento de los requisitos para adelantar la solicitud de la licencia, así como en el estudio técnico de las aplicaciones y en la implementación del trámite en línea, a través de la Ventanilla Única de Trámites y Servicios, para dar curso a las solicitudes realizadas. A abril de 2018, se han otorgado 38 licencias de fabricación de derivados de cannabis. Link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/cannabis-uso-medicinal.aspx>.

En el primer semestre de 2016 se brindó asesoría al proyecto que arrojó como resultado la Ley 1787, cuyo objeto fue crear un marco regulatorio que permita el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis y sus derivados en el territorio nacional colombiano, posteriormente se apoyó en la reglamentación de dicha Ley con el Decreto 613 de 2017 y las mencionadas Resoluciones 2891 y 2892 del MSPS, donde se definió que el FNE ejerce las funciones de Secretaría Técnica en el Grupo Técnico de Cupos (GTC), que realiza el análisis, evaluación y seguimiento de todos los asuntos relacionados con la asignación de cupos o previsiones de cannabis para fines médicos y científicos, de conformidad con lo previsto en la Convención Única de Estupefacientes de 1961. Además, el FNE se encarga de ejercer las actividades de seguimiento de Inspección, Vigilancia y Control a los titulares de las licencias de fabricación de derivados de cannabis en cualquiera de sus modalidades.

Adicionalmente, en el año 2017 se creó la Secretaría Técnica de la Comisión para el seguimiento al proceso de diseño, implementación, ejecución y cumplimiento de la reglamentación sobre el uso médico y científico del cannabis.

A continuación se expone la reglamentación expedida en materia de las licencias de fabricación de derivados de cannabis:

Cuadro 25. Reglamentación cannabis

Acto administrativo	
Decreto 613 de 2017 (10/04/2017):	Por el cual se reglamenta la Ley 1787 de 2016 y se subroga el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis.
Decreto 631 de 2018 (09/04/2018):	Por el cual se modifica el artículo 2.8.11.11.1 y se adiciona el numeral 15 al artículo 2.8.11.9.1 del Decreto 780 de 2016.
Resolución 2891 de 2017 (11/08/2017):	Por la cual se establece el manual tarifario de evaluación y seguimiento y control aplicable a las licencias de fabricación de derivados de cannabis para uso medicinal y científico.
Resolución 2892 de 2017 (11/08/2017):	Por medio de la cual se expide reglamentación técnica asociada al otorgamiento de la licencia para la producción y fabricación de derivados de Cannabis.

Fuente: MSPS. UAE-FNE

3.11 Salud ambiental

Reglamentación sancionada

En materia de reglamentación, se logró lo siguiente:

Cuadro 26. Reglamentación en salud ambiental

Norma	Objeto
Resolución 549 de 2017	"Por la cual se adopta la guía que incorpora los criterios y actividades mínimas de los estudios de riesgo, programas de reducción de riesgo y planes de contingencia de los sistemas de suministro de agua para consumo humano y se dictan otras disposiciones".
Resolución 837 de 2017	"Por la cual se modifican los artículos 10 y 14 de la Resolución 0689 de 2016". Elaboración guía técnica para la aplicación de la resolución 0689 de 2016

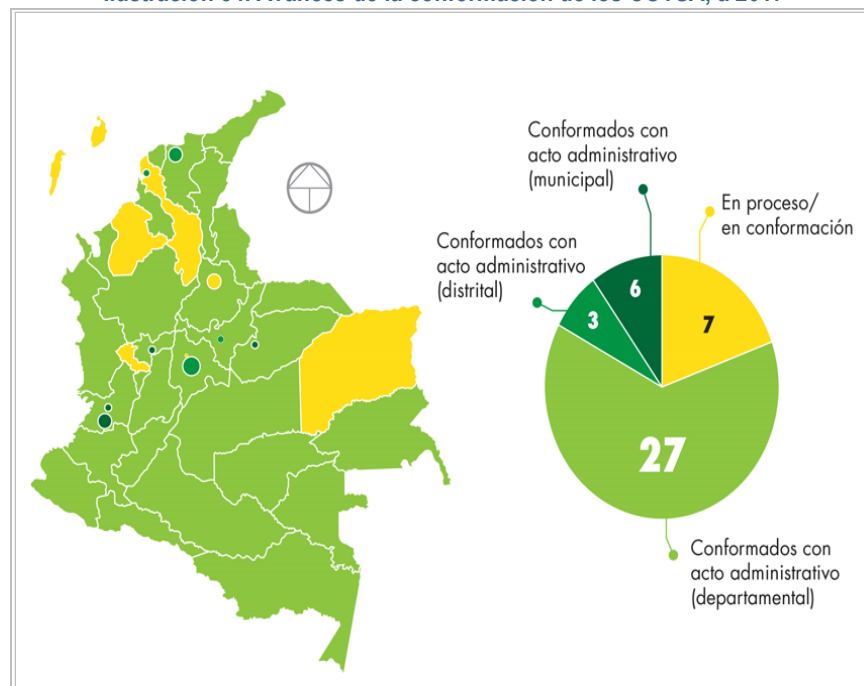
Fuente: MSPS Dirección de Promoción y Prevención – Subdirección de Salud Ambiental.

Articulación

En cuanto a este aspecto, se avanzó en lo siguiente:

- Aprobación del reglamento de funcionamiento de la CONASA⁴¹ y sus mesas técnicas.
- Desarrollo de las sesiones ordinarias de la CONASA, efectuando seguimiento al plan de la CONASA. En la sesión XVI se realizó la aprobación del ajuste hecho al reglamento de funcionamiento de la CONASA y se trabajó lo relacionado con el proceso de participación y apoyo en el II Encuentro Nacional de COTSA⁴² y en la sesión XVII se presentó la propuesta de conformación de la mesa técnica de Cambio Climático y Salud de la CONASA, la cual fue aprobada.
- Se realizó el II Encuentro bianual de COTSA, a fin de avanzar en la concertación de una agenda de acción entre la CONASA y los COTSA que permitiera el abordaje de problemáticas priorizadas en diferentes niveles de acción y a su vez establecer mecanismos favorecedores para la gestión integral de los COTSA. De los 36 COTSA conformados mediante acto administrativo, se contó con la participación de 25 de estos, y de 6 en proceso e interés de conformación, con 83 participantes de diferentes regiones del país y sectores, entre estos del sector salud, planeación, servicios públicos y ambiente con 13 autoridades ambientales.
- Se realizaron asistencias técnicas conjuntas entre Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, y el MSPS a 10 DTS (Risaralda, Huila, Sucre, Arauca, Cundinamarca, Caldas, Vichada, Tolima, Cali Valle y Guaviare) para orientar la conformación y fortalecer el funcionamiento del nivel directivo y técnico de los COTSA, asesorando la formulación de los planes de acción.

Ilustración 34. Avances de la conformación de los COTSA, a 2017



Fuente: MSPS. Dirección de Promoción y Prevención–Subdirección de Salud Ambiental.

⁴¹ Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental

⁴² Consejos Territoriales de Salud Ambiental

Sistema Unificado de Información en Salud Ambiental–SUISA

Con el fin de dar respuesta a la necesidad que tiene el país frente al proceso de gestión de conocimiento de la salud ambiental y en la implementación del SUISA, la Subdirección de Salud Ambiental del MSPS -en coordinación con la Dirección de Epidemiología y Demografía del ministerio– ha generado un modelo conceptual de dicho proceso, donde la coordinación intersectorial es fundamental para poder contar con las entradas que van a operativizar el sistema. Una vez se dispongan los datos intersectoriales requeridos, pueden ser analizados y generar diversas salidas de información que alimentarán y fortalecerán la toma de decisiones sectoriales e intersectoriales para la intervención positiva de los determinantes de la salud.

A continuación se exponen los principales logros:

- Posicionamiento del proceso de gestión del conocimiento y construcción intersectorial de los análisis de situación de los componentes de la salud ambiental priorizados en los diferentes espacios de concertación intersectorial de la CONASA para los temas de agua y saneamiento básico, aire y salud, variabilidad y cambio climático y zoonosis desde el Consejo Nacional de Zoonosis.
- Concertación de un plan de trabajo en el marco del plan de acción de la CONASA, para dar cumplimiento al proceso de gestión de conocimiento y creación y fortalecimiento del SUISA.
- Elaboración de documentos análisis de desigualdades de salud ambiental, construidos con aportes intersectoriales para los componentes: agua y saneamiento básico, aire y salud, variabilidad y cambio climático, minería y salud, movilidad segura y zoonosis.
- Socialización de los avances del proceso de análisis de desigualdades en salud ambiental en la OPS Washington en el marco del Estudio Nacional de Equidad en Salud Ambiental–ENESA, en desarrollo conjunto con dicha organización.
- Actualización de la batería de indicadores para los componentes de agua y saneamiento básico, aire y salud, variabilidad y cambio climático, minería y salud, movilidad segura y zoonosis, lo que permite el desarrollo de sus correspondientes planes de análisis.

En cuanto al SUISA Web:

- Se crearon los mini-sitios para COTSA, CONASA y mesas técnicas de la CONASA en el SUISA Web, así como sus respectivas colecciones en el Repositorio Institucional Digital (RID), resaltando la labor de la mesa de cambio climático y de zoonosis con las actualizaciones periódicas de información intersectorial.
- Consolidación de las colecciones temáticas correspondientes en el RID, con más de 100 documentos disponibles al público. Adicionalmente, se finalizó el desarrollo tecnológico para poner en vivo el portal SUISA web, cumpliendo con los requerimientos de Gobierno en Línea y de la Oficina de TIC del MSPS.
- Actualización del portal web.

Agua y saneamiento básico

- Protocolo de la vigilancia y el control de la calidad del agua para consumo humano en la zona rural: Se han realizado reuniones con el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio (MVCT), donde se han definido tres niveles de prestación del servicio. Además se está elaborando un borrador de protocolo, que una vez se finalice, se pone a consulta pública del nivel nacional.
- Dispositivos para el tratamiento de agua para consumo humano que se utilicen en abastos y puntos de agua en la zona rural: este trabajo se está realizando entre el MVCT e ICONTEC. El documento que se está elaborando es una Especificación Normativa Disponible (END) que sirve de sustento para elaborar la Norma Técnica Colombiana (NTC) sobre dispositivos de tratamiento de agua para consumo humano.
- Saneamiento Rio Bogotá: se está actualizando la NTC 5604 sobre las metodologías para determinar fósforo en detergentes y jabones, entre los laboratorios ICONTEC y MSPS. Se elaboró proyecto de resolución que modifica la Resolución 689 de 2016. Esta norma está en revisión jurídica.

- Reuniones Mesa Técnica de Agua-CONASA: se dio cumplimiento al plan de acción en los ejes estratégicos. Se priorizaron los municipios con mayor Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano para las acciones intersectoriales con apoyo de la Procuraduría General de la Nación. Se identificaron los municipios con mayor vulnerabilidad al desabastecimiento para la gestión y acciones preventivas y se ajustó la batería de indicadores propuesta de acuerdo a los avances en relación al análisis de la información para aportes al SUIA.

De este espacio se destaca lo siguiente:

- Compromiso y participación de todos los sectores que conforman la mesa para el cumplimiento del 100% del plan de acción aprobado para 2017 y del plan de acción propuesto por la CONASA para el desarrollo del ASIS⁴³ de agua y saneamiento.
- Elaboración del informe de municipios donde se ha reportado desabastecimiento durante el periodo 2012-2016 (IDEAM)
- Acompañamiento a la mesa de calidad del agua del Huila
- Concertación y aprobación intersectorial de la batería de indicadores para ASIS de agua y saneamiento.
- Planteamiento del plan de análisis 2017 con la metodología de análisis de desigualdades en salud, para el componente de agua y saneamiento básico, con la metodología de análisis de inequidades en salud.
- Participación en las sesiones del Consejo Nacional del Agua. Durante 2017 se asistió a las sesiones de trabajo para conformar el Consejo Nacional del Agua, cuyo decreto fue firmado en marzo de 2017 y se asistió a una sesión del consejo para la definición del reglamento operativo.
- Informe nacional de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, el cual refleja el análisis de la información registrada en el Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano-SIVICAP. Este informe se realiza articuladamente con el Instituto Nacional de Salud-INS y Ministerio de Vivienda.
- Avances en el Programa Nacional de Agua–PNAP. Conforme a las competencias misionales del sector salud, se tiene la responsabilidad de colaborar en la sostenibilidad de los objetivos, actividades y demás propuestos por el PNAP. Durante 2017 se realizó la socialización y validación de la propuesta con las entidades nacionales y territoriales para obtener la versión validada de la propuesta. En el siguiente periodo se realizará la implementación de este programa en las entidades territoriales priorizadas.

Índice de Riesgo de Calidad del Agua para Consumo Humano–IRCA

El indicador tiene como objeto verificar el cumplimiento de la normatividad técnica nacional de calidad del agua para consumo humano, de manera que se garantice el suministro de agua **sin riesgo** a los usuarios del servicio de acueducto tanto en zonas rurales como urbanas, utilizando para ello los siguientes instrumentos básicos para garantizar la calidad del agua para consumo humano:

- Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano municipal – IRCAm
- Índice de Riesgo Municipal por Abastecimiento de Agua para Consumo Humano – IRABAm
- Buenas Prácticas Sanitarias Municipales– BPSm.
- Calificación del indicador: Certificación sanitaria de la calidad del agua para consumo humano a 728 municipios; de éstos, solo se certificaron 146

Aire y salud

- En el marco de la CONASA, se han generado los espacios de reunión correspondiente a la mesa técnica de Aire y Salud, la cual posee una propuesta de actividades enmarcadas en el plan de acción de la CONASA que

⁴³ Análisis de Situación de Salud

incluye las actividades programadas para 2017, entre otras, la identificación de indicadores de gestión para alimentar el SUIA.

- En mayo de 2017 se acompañó al departamento del Cesar en el lanzamiento del COTSA e instalación de la mesa de Aire y Salud con el acompañamiento de las Subdirecciones de Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles del MSPS, específicamente con los programas de enfermedades respiratorias (Programa Nacional de Infección Respiratoria Aguda y la estrategia Tómame un Segundo Aire para EPOC-Asma y demás enfermedades crónicas), donde se presentó el MIAS y las rutas para EPOC e IRA en el departamento.
- Apoyo técnico, orientación y supervisión del desarrollo de actividades que permitan la ejecución del estudio de determinantes ambientales y sociales de la salud en las comunidades del área de influencia de las actividades mineras e industriales de la empresa Cerro Matoso S.A. Lo anterior en coordinación con entes de control, instituciones del Gobierno Nacional, empresa Cerro Matoso y comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinas.

Gestión integral de zoonosis

Se realizó formulación de la propuesta de modificación del Título 5 del Decreto (Único Reglamentario del Sector Salud) 780 de 2016 "Investigación, Prevención y Control de Zoonosis" y del Decreto 2257 de 1976. Se encuentra en revisión de jurídica del Ministerio de Salud.

Adicionalmente, se elaboraron los lineamientos para la tenencia responsable de animales de compañía y de producción, los cuales fueron socializados con las DTS en sesión virtual en abril de 2017, de manera armonizada con el alcance del Código de Policía en materia de Zoonosis, de manera específica el Título XIII sobre convivencia con animales de compañía y perros potencialmente peligrosos.

Mesa Técnica de Zoonosis–CONASA

Como resultado de la mesa, se actualizó la batería de indicadores de zoonosis, acorde a las necesidades de intervención, dejando 20 indicadores priorizados para trabajar.

Consejo Nacional de Zoonosis

Del Consejo Nacional de Zoonosis forman parte los Ministerios de Salud, Ambiente y Agricultura, al igual que el Instituto Colombiano Agropecuario, Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

Como resultado, se formuló el Plan Intensificado de Prevención, Vigilancia y Control de la Rabia con lo cual se pretende cumplir la meta de eliminación de la rabia humana transmitida por perro en el país y el control de la rabia humana de origen silvestre, dentro del cual se enmarcan las competencias del sector salud.

Gestión integral de insumos de interés en salud pública

El Ministerio de Salud adquirió 2.694.210 biológicos de uso en perros y gatos para ser distribuidos a las entidades territoriales de salud del orden departamental y distrital.

Se realizó asignación para la distribución a las DTS del orden departamental y distrital de 3.944.210 dosis de biológicos antirrábicos de uso en perros y gatos.

En este sentido, las entidades territoriales de salud reportaron para el periodo enero a mayo de 2017, la vacunación de 588.391 perros y gatos. Para el periodo julio a octubre de 2017, se reportó la vacunación de 2.894.696 perros y gatos.

Resultados del análisis de desigualdades en salud ambiental del componente de Zoonosis, presentados a la OPS

Las DTS han reportado la esterilización de 171.478 perros y gatos de enero a octubre de 2017; el retiro de 9.118 perros y gatos del espacio público; la toma y envío al INS de 711 muestras dentro de la estrategia de vigilancia de la rabia por laboratorio; el desarrollo de 18.404 acciones de Información, Educación, Comunicación-IEC en la en promedio participan 20 personas (es decir 368.080 personas asistentes); el desarrollo de 6.198 visitas de IVC a establecimientos veterinarios y afines, con la aplicación de 185 medidas sanitarias de seguridad.

Seguridad química y residuos peligrosos

En cuanto a este particular, se ha logrado lo siguiente:

- Apoyo en el desarrollo del CONPES 3868 de 2016, “Política de gestión del riesgo asociado al uso de sustancias químicas” logrando la formulación interinstitucional de los proyectos normativos en decretos sobre gestión de químicos, puestos en consulta pública en febrero 2017, así: “Por la cual se adopta el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos y se dictan otras disposiciones”, “Por la cual se establece los instrumentos para la Gestión de Sustancias Químicas de Uso Industrial” y “Por el cual se adopta el Programa de Prevención de Accidentes Mayores”.
- Formulación de la resolución “Por la cual se modifican los requisitos para la demostración de la conformidad de los juguetes, sus componentes y accesorios que se comercialicen en el territorio nacional”: se encuentra en proceso de publicación nacional e internacional.
- Liderazgo del “Plan sectorial de salud de mercurio” .y seguimiento al “Plan Único de Mercurio”, de forma articulada con los Ministerios de Ambiente, Minas y Comercio, en el marco de la Ley 1658 de 2013.
- El sector ha venido avanzando en la definición de las estrategias para el componente de dispositivos médicos y salud bucal, con la Dir. de Prestación de Servicios, Epidemiología, Riesgos Laborales del MSPS, actualmente en concertación con Mincomercio.
- Apoyo y participación en la reglamentación del artículo 5 de la Ley 1658 de 2013, sobre control a la importación de Mercurio: se gestionaron los cupos de importación administrados por el INVIMA.
- Posicionamiento en la agenda internacional en lo relacionado con la ratificación del Convenio de Minamata sobre mercurio, con Cancillería.
- Desarrollo de la asistencia técnica de la secretaría del Convenio de Rotterdam para el establecimiento de las medidas reglamentarias de implementación.
- Participación y generación de los insumos e informes en las conferencias de las partes de los convenios de Rotterdam, Basilea y Estocolmo.
- Divulgación y capacitación en la ruta de atención en salud a las personas potencialmente expuestas a mercurio, dentro del marco de los estudios de identificación de efectos en la salud realizados por el MSPS-Universidad de Córdoba y el Instituto Nacional de Salud, WWF⁴⁴ y Parques Naturales
- Ruta Socializada a EPS y DTS de los departamentos.
- En otros aspectos diferentes a convenios internacionales, la Subdirección de Salud Ambiental del MSPS hace parte y lidera temas como juguetes, centros de estética, estudios en plomo y mercurio, entre otros. La subdirección participa en el Comité de Asbesto y Radiología y conceptúa en estos aspectos y en aspectos sobre otras sustancias químicas y artículos como los pirotécnicos y vajillas.
- Participación en el Consejo Ejecutivo de la OMS: Se conceptuó el Proyecto de decisión A -36 sobre “Función del sector de la salud en el enfoque estratégico de la gestión internacional de los productos químicos de cara al objetivo fijado para 2020 y años posteriores”.

⁴⁴ WWF (del inglés *World Wildlife Fund*; en español: Fondo Mundial para la Naturaleza).

- Se continuó la participación permanente en el Comité Técnico Interinstitucional del PECAT⁴⁵ y en las actividades programadas para dar respuesta a las Sentencias T-080 y T-236, dentro de las que se incluyen las diferentes reuniones de concertación interinstitucional y reuniones en el territorio con las comunidades de Miraflores (Guaviare) y Nóvita (Choco), respectivamente.
- Se inició un proceso colaborativo con la Universidad Internacional de la Florida y diferentes universidades colombianas, enfocado en la cooperación interinstitucional para llevar a cabo procesos de investigación priorizados frente a metales pesados de interés en salud pública (plomo y mercurio).
- Aprobación por parte del Comité de Químicos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en el proceso de adhesión de Colombia a esta organización, como reconocimiento a los avances del país en la materia.
- Construcción del documento de revisión de la evidencia científica nacional e internacional disponible frente a la exposición ocupacional y ambiental al asbesto-crisotilo de la población colombiana y su incidencia en la política pública del país.
- Actualización del Plan Nacional de Implementación del Convenio de Estocolmo en Cabeza del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (MADS), formulado desde 2010.

Variabilidad y cambio climático

En este aspecto, se destaca lo siguiente:

- Construcción de los lineamientos de adaptación al cambio climático, desde la competencia de salud ambiental, formulados y retroalimentados con entidades del gobierno nacional y DTS, en el marco de la Meta 4, del componente “7.1.3.2. Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales” del PDSP, que definió: “A 2015 se habrá formulado el componente de Salud Ambiental del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático PNACC, e implementado en el 100% de las Direcciones Territoriales de Salud DTS (departamentales, distritales y de categoría especial)”.
- Formulación del proyecto preestructurado de la temática de cambio climático para la estrategia Ondas-Colciencias.
- Desarrollo de las acciones en cumplimiento de la agenda interministerial con el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, en lo del componente de cambio climático.

A partir de 2017, en coordinación con el IDEAM y el INS, se realiza la publicación mensual del boletín de Clima y Salud, con 9 versiones mensuales desde abril, hasta diciembre de ese año.

Entornos saludables

Se realizó liderazgo de la Mesa Técnica de Entornos Saludables de la CONASA, en la que se han realizado principalmente las siguientes actividades:

- Divulgación de los lineamientos de entornos saludables a nivel nacional con INS, Prosperidad Social, ICBF, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, SENA, Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio–Viceministerio de Vivienda–Dirección de Espacio Urbano y Territorial.
- Coordinación interinstitucional en el marco del plan de acción de la mesa con INS, ICBF, MADS, SENA, MVCT–Viceministerio de Vivienda–Dirección de Espacio Urbano y Territorial, Ministerio de Agricultura, Departamento para la Prosperidad Social, para reconocer políticas, estrategias y metas relacionadas con el objeto de la mesa, lo cual permite aunar esfuerzos técnicos desde el reconocimiento e identificación de ejes de articulación.
- Elaboración del documento de Políticas Favorecedoras para los Entornos Saludables.

⁴⁵ Se refiere a la aspersión terrestre con glifosato.

- Participación en la estrategia Alianza para el Reciclaje, liderado por el MVCT, mediante acompañamiento a organizaciones de recicladores para el desarrollo de capacidades para la formalización de la actividad y apoyo en la revisión del estudio nacional de reciclaje inclusivo.
- Apoyo a la implementación del proyecto “Programa para complementar y fortalecer la atención integral en salud y nutrición, con enfoque comunitario a la población en condición de vulnerabilidad a nivel nacional, con énfasis en los territorios priorizados”, en las familias en alta vulnerabilidad ubicadas en zonas rurales dispersas de los municipios de Riohacha, Maicao, Manaure y Uribia del departamento de la Guajira, mediante la implementación del componente educativo de la Estrategia de Vivienda Saludable.
- Desarrollo del componente de gestión social, para el proyecto piloto en dos comunidades indígenas de los municipios de Manaure y Maicao del departamento de La Guajira, liderado por el Viceministerio de Agua y Saneamiento Básico del MVCT, en articulación con Ministerio de Educación Nacional, UNICEF y OPS; esto en el marco de la estrategia "Alianza por el agua y la vida", el CONPES 3810 de 2014 y el Decreto 1898 de 2016.
- Elaboración del documento de identificación de intervenciones en promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y procesos de gestión de la salud pública, en especial el de participación social, comunitaria y ciudadana y control social con enfoque diferencial, en el marco de los componentes de la salud ambiental, dirigidas a los individuos, las familias y las comunidades que transitan por los diferentes entornos (hogar, educativo, comunitario y laboral con énfasis en la informalidad), en el marco de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud (RPMS), con el fin de orientar la implementación a nivel nacional y territorial.
- Elaboración del documento de desarrollo de capacidades del talento humano a nivel nacional como territorial en SARAR⁴⁶ para la implementación de la Estrategia de Entornos Saludables.
- Elaboración del capítulo de intervenciones colectivas del lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, en el que las Intervenciones colectivas a implementar en el marco de la RPMS, estarán circunscritas exclusivamente a las prioridades territoriales y deberán apuntar al logro de los resultados en salud definidos y se ejecutarán de manera integrada e integral en los entornos. A su vez, se apoyó en la formulación de los indicadores para los resultados en salud por cada entorno.

Establecimientos de interés sanitario

En esta materia se logró lo siguiente:

- Elaboración articulada con la Subdirección de Enfermedades Transmisibles del MSPS del Manual de Medidas Básicas para el Control de Infecciones en IPS.
- Elaboración y construcción preliminar de 14 herramientas para la implementación del modelo de IVC en establecimientos de interés sanitario de la salud ambiental, consolidadas a niveles nacionales y validados de manera preliminar en los departamentos de Putumayo, Nariño y Atlántico.
- Elaboración de propuesta modelo operativo de la inspección vigilancia y control en establecimientos de interés sanitario en salud ambiental.
- Construcción del documento que contiene la propuesta preliminar de Plan Nacional de Inspección, Vigilancia y Control Sanitario y asesoría permanente a las DTS en los temas relacionados con las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario.
- Se realizó el segundo pilotaje del formato para la vigilancia sanitaria de lo dispuesto en la Ley 1335 de 2009 y el pilotaje de las variables para la metodología de análisis de riesgo para los objetos de IVC en salud ambiental.

⁴⁶ SARAR es un método participativo de educación de adultos. El término SARAR engloba cinco importantes cualidades personales que los capacitados descubren y desarrollan por sí mismos a través de la metodología:

S: Self-Esteem (Autoestima)

A: Associative Strengths (Fuerzas asociadas)

R: Resourcefulness (Ingenio)

A: Action Planning (Planificación de la acción)

R: Responsibility (Responsabilidad).

- Desarrollo del piloto de las variables de la propuesta de metodología de análisis de riesgo para los objetos de IVC de interés para salud ambiental.
- Construcción del documento que contiene los resultados de la vigilancia sanitaria 2016 realizada por las DTS a nivel nacional.

Estrategias sectoriales para el fortalecimiento de las capacidades institucionales, territoriales y nacionales

En el marco del Modelo de Gestión Integral en Salud Ambiental–MGISA se logró lo siguiente:

- Asesoría y asistencia técnica para el proceso Fortalecimiento de Capacidades Institucionales para la gestión de la salud ambiental, realizando las siguientes actividades:
- Asistencias técnicas de la propuesta metodológica para la formulación del Plan de Fortalecimiento de Capacidades en Salud Ambiental, articulado a la implementación de la Estrategia de Seguimiento a la Gestión Territorial.
- Taller Nacional para formulación del Plan de Fortalecimiento de Capacidades, en el marco de la reunión Nacional de Salud y diseño metodológico para la formulación de los planes territoriales de fortalecimiento de capacidades en salud ambiental 2018–2019.
- Elaboración del Plan de Fortalecimiento de Capacidades para la Gestión Integral de Salud Ambiental a nivel nacional para procesos transversales y para los componentes de agua y saneamiento básico y movilidad segura
- Retroalimentación del MGISA a partir del ajuste del instrumento de captura de información de la Estrategia de Seguimiento a la Gestión Territorial de Salud Ambiental.

En cuanto al ajuste e implementación de la Estrategia de Seguimiento a la Gestión Territorial en Salud Ambiental–ESGTSA:

- Se socializaron, mediante asistencia técnica virtual con las DTS, los avances de la Estrategia de Seguimiento a la Gestión Territorial de la Salud Ambiental.
- Se desarrolló pilotaje de la de la estrategia –en segunda fase– con las DTS de Bogotá, Cundinamarca, Chocó y Nariño.
- Se realizó tercera fase del pilotaje de la ESGTSA donde se envió el instrumento de captura de información a las todas las DTS departamentales y distritales recibiendo información de las DTS de Cundinamarca, Santander, Valle, Huila, Magdalena y Casanare, con las cuales se desarrolló un taller de formulación de plan de fortalecimiento de capacidades en el marco de la Reunión Nacional de Salud Ambiental.
- Se ajustó el documento (y se obtuvo la versión final) de la Estrategia de Seguimiento a la Gestión territorial de Salud Ambiental

Para el desarrollo de capacidades territoriales y nacionales en salud ambiental se avanzó con las siguientes actividades para la expedición de Normas de Competencia Laboral (NCL):

- Se formularon los instrumentos de evaluación–certificación de las NCL.
- Se obtuvo el registro calificado por parte del Ministerio de Educación al perfil de formación de tecnólogo en salud ambiental y seguridad sanitaria.
- Espacios de fortalecimiento de capacidades.

Reunión Nacional de Salud Ambiental, 2017

Tuvo como propósito fortalecer capacidades en el proceso de la gestión de la salud ambiental y la planeación estratégica en el marco del Plan Decenal de Salud Pública–PDSP de las Políticas Integral de Salud Ambiental–PISA

y la Ruta de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud–RIAPYMS contando con la participación aproximada de 70 personas.

Otras actividades:

- II Encuentro de COTSA, con el acompañamiento del Ministerio de Educación Nacional, INVIMA, las DTS: Huila, Cauca (salud pública), Santander, Bolívar, Nariño, Chía-Cundinamarca, Casanare, Vaupés, Cali, Quindío, Barranquilla; Corporación Autónoma Regional de Santander–CAS, Corporación Autónoma Regional del Atlántico–CRA.
- Realización de un encuentro nacionales y talleres regionales de IVC en salud ambiental, en mayo de 2017, con la participación de 45 DTS entre departamentales, distritales y municipales.
- Formación de 49 instructores de diferentes redes regionales del SENA en la implementación de la Estrategia de Entornos Saludables en la PAIS y el MIAS, mediante el desarrollo de 3 jornadas de capacitación en Bogotá, Popayán y Barranquilla, con una duración de 40 horas cada una. Esto con el fin de que sirvan de multiplicadores del mismo en el territorio, especialmente en el desarrollo de capacidades en los funcionarios de las direcciones territoriales de salud.
- Desarrollo de capacidades en 15 asesores nacionales de Prosperidad Social, para crear, construir y fortalecer capacidades, habilidades, actitudes, valores, aptitudes, conocimiento en el personal que asesora y coordina en el territorio el proyecto de vivienda 100% subsidiadas, para orientar a los beneficiarios en la apropiación y adopción del mismo.
- Desarrollo de capacidades en entornos saludables en 400 funcionarios de las direcciones y subdirecciones del MSPS, DTS departamentales, distritales, municipales, Secretaría Departamental de Salud de Cundinamarca, Mesa Nacional de Entornos Saludables (Ministerio de Educación, Ambiente y Desarrollo Sostenible, Vivienda, Ciudad y Territorio, Agricultura y Desarrollo Rural, Departamento de Prosperidad Social, SENA, ICBF, INS), OPS.
- Desarrollo de capacidades en los coordinadores de salud pública, referentes de entornos y MIAS de las DTS: Amazonas, Antioquia, Arauca, San Andrés, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Bogotá, Cali, Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, mediante el desarrollo de asistencia técnica virtual para socializar los lineamientos de entornos, desarrollo conceptual de la estrategia de entornos saludables, unificando contextualmente los conceptos, alcance, características y operativización de los entornos y su visualización desde la PAIS y el MIAS, orientación en las estrategias de vivienda y escuela saludables y priorización de las necesidades de profundización particular en el tema de entornos para el territorio.

3.12 Modos, Condiciones y Estilos de Vida Saludable

Se avanzó en el diseño y socialización participativa del marco estratégico, normativo y operativo sectorial e intersectorial para la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludables (MCYEVS), así:

- Orientaciones para la implementación de la estrategia de Ciudades Entornos y Ruralidades Saludables (CERS).
- Lineamientos operativos para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida en el entorno laboral.
- Lineamientos operativos para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida en el entorno educativo.
- Orientaciones para la gestión territorial de la promoción de la actividad física: OPS-Cepedoc-MSPS.
- Orientaciones socializadas para la promoción de la actividad física desde los actores del SGSSS: EPS, sociedades científicas, academia, hospitales y clínicas.
- Lineamiento técnico para la promoción de la alimentación saludable en personas adultas mayores en el marco de la PAIS.

- ABC sobre ambientes 100% libres de humo.
- ABC sobre IVC control de tabaco.
- ABC sobre etiquetado y empaquetado.
- Orientaciones para la formulación de un plan de movilización por los modos, condiciones y estilos de vida saludable.
- Se generaron insumos técnicos para orientar y apoyar la planeación territorial en salud con énfasis en las acciones para fortalecer la promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en los entornos y CERS.

Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables

Implementación de la estrategia CERS en 37 municipios de los departamentos de Antioquia, Boyacá, Caldas, Tolima, Huila, Norte de Santander, Santander, Atlántico, Sucre, Nariño, con un cumplimiento de la meta del PND del 67%, avanzando en el diagnóstico, la identificación de los retos sobre los cuales se asocian indicadores y semaforización que permite establecer avances en la priorización e intervención. De igual manera se adelantó la socialización de la estrategia CERS en 40 municipios de los departamentos de Guainía, Valle del Cauca, Guajira, Nariño, Meta, Risaralda, Santander, Bolívar, Arauca y San Andrés.

Entorno educativo

Socialización e implementación de los lineamientos operativos para la promoción de los MCYEVS en los entornos escolar y universitario formal en 8 entidades territoriales y en 3 Instituciones Educativas (IE) con el acompañamiento de ASCUN y REDCUPS, logrando lo siguiente:

- Caracterización de la población escolar de los pilotos en los departamentos del Tolima, IE La Ceiba y Santander, Nuestra Señora de la Paz y Camilo Torres
- Caracterización de la población universitaria de los siguientes pilotos: U. Guajira, UTB de Santander, U. Caldas, UT Pereira (Risaralda), U. Libre del Valle del Cauca, U. Juan de Castellanos Boyacá, U. Simón Bolívar del Atlántico, U. Santander del Cesar.

Entorno laboral

En esta materia se avanzó en lo siguiente:

- Formulación y socialización de lineamiento operativo para la promoción de los MCYEVS en los entornos laboral formal, con el acompañamiento del Ministerio del Trabajo y el Departamento Administrativo de la Función Pública, entre otros.
- Caracterización de la población laboral de los siguientes pilotos. En el nivel nacional con los Ministerios de Hacienda y Comercio. En el nivel territorial, las gobernaciones de S. Andrés, Atlántico, Cesar, Santander, Tolima, Huila y Valle así como la Dirección Territorial de Salud de Caldas.
- Acompañamiento a la implementación a la promoción de los MCYEVS a las siguientes entidades: ICBF, Gobernación de la Guajira, Secretaria de Salud del Vaupés, ESE San Antonio de Mitú, ICBF-Regional Vaupés, SENA-Regional Vaupés y la Corporación para el Desarrollo Sostenible (CDA)-Vaupés.
- Desarrollo de acciones para la movilización social por los MCYEVS y construcción de alianzas y redes de apoyo para el empoderamiento y corresponsabilidad social logrando:
- Alianzas intersectoriales y cooperación internacional para la promoción de MCYEVS⁴⁷.

⁴⁷ MEN y Mincultura: Ruta pedagógica por los MCYEVS (Escuelas de Puertas Abiertas-EPA).

Mincomercio- Agricultura y ASOFRUCOL: Alianzas público privadas y puntos de distribución de frutas y verduras.

Mintransporte: Transporte activo-uso de la bicicleta.

Minambiente-Parques Naturales: "Salud naturalmente en los parques"

- Avances en el desarrollo metodológico de seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos de MCYEVS logrando definir: i) Modelo de seguimiento y evaluación de la Estrategia CERS en el nivel municipal en el marco de la PAIS; ii) Metodológica para la medición económica de las políticas públicas sectoriales e intersectoriales relacionadas con la ENT; iii) Diseño de herramienta para el seguimiento a la gestión territorial de la promoción de los MCYEVS; y, iv) Diseño de herramienta de captura para la promoción virtual de redes por los MCYEVS.

Promoción del consumo de frutas y verduras

En cuanto a la promoción del consumo de frutas y verduras se avanzó en lo siguiente:

- Acompañamiento a la formulación de planes, programas y proyectos para la promoción de la alimentación saludable en el marco de CERS, en 13 departamentos y 22 municipios.
- Posicionamiento de la promoción de la alimentación saludable en el marco de la CISAN, logrando su inclusión estratégica en los planes de seguridad alimentaria y nutricional.

Promoción de la actividad física

En materia de la promoción de la actividad física se avanzó en lo siguiente:

- Socialización de las “Orientaciones para la promoción de la actividad física desde los actores del SGSSS”, en EPS, sociedades científicas, academia, hospitales y clínicas, recogiendo observaciones para su ajuste.
- Acompañamiento territorial para el fortalecimiento de capacidades para la formulación de planes, programas y proyectos para la promoción de la actividad física en el marco de CERS, en 13 departamentos y 22 municipios.
- Trabajo intersectorial en el marco de la Comisión Intersectorial para la Promoción de la Actividad Física (CONIAF).
- Apoyo en el despliegue de la ley y política “pro bici” al Ministerio de Transporte, como estrategia para la promoción del transporte activo.

MOVILIDAD SEGURA

En cuanto a movilidad segura se avanzó en lo siguiente:

- Realización de campañas de concientización de movilidad saludable, segura y sostenible a nivel nacional.
- Promoción de la reducción de accidentes de tránsito en la primera infancia.
- Promoción de la reducción de accidentes de tránsito “Reduzca la velocidad”.

Adicionalmente, se coordinó y desarrolló la Semana Nacional por la Movilidad Saludable, Segura y Sostenible 2017 (18 a 24 de septiembre de 2017), conforme a lo estipulado en la Ley 1811 y 1355, adicional a la Ley 1753–Plan Nacional de Desarrollo, con el objetivo de promover hábitos de vida saludables y condiciones de movilidad sostenible, en el marco de la construcción e implementación de políticas públicas relacionadas.

También se elaboró el documento de identificación de intervenciones en promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y procesos de gestión de la salud pública, para la implementación de la estrategia de Movilidad Saludable, Segura y Sostenible, por los diferentes entornos (hogar, educativo, comunitario y laboral con énfasis en la

Función Pública: Promoción de los MCYVS en el entorno laboral saludable.

ASCUN: Acompañamiento en la implementación de la promoción de los MCYEVS en el entorno universitario.

Policía, ministerios y ET: Ambientes 100% libres de humo.

OMS-OPS: Cooperación Sur–Sur y triangular para el control del tabaco.

Cancillería: posición de país en materia de tabaco y plan intersectorial para Actividad Física (AF).

Ministerio de Hacienda-Fondo de Adaptaciones: Alianza en entornos laborales saludables, recuperación de Gramalote (Norte de Santander).

informalidad), en el marco de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud, con el fin de orientar la implementación a nivel nacional y territorial.

3.13 Vigilancia en salud pública

El MSPS ha desarrollado acciones en los últimos años, con el objeto de fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública–SIVIGILA y garantizar su adecuado funcionamiento. A continuación se muestra de manera resumida las principales acciones realizadas en el periodo, en cuatro componentes:

- Proceso de actualización y modernización del SIVIGILA.
- Plan de recuperación de las capacidades básicas del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública e IVC para la seguridad sanitaria.
- Reglamentación para el funcionamiento del SIVIGILA.
- Seguimiento y evaluación de la gestión para el fortalecimiento de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional–RSI, Centro Nacional de Enlace–CNE y Sanidad Portuaria.

Proceso de actualización y modernización del Sistema Nacional de Vigilancia

La Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS dio continuidad a lo establecido en el plan de fortalecimiento construido en el primer cuatrienio. Como avances de esta iniciativa, durante los años 2014 y 2018 se avanzó a la luz de las necesidades, de la reglamentación y de la reestructuración del Ministerio, en los siguientes procesos y actividades:

- Se revisó y actualizó el listado de eventos de notificación obligatoria, teniendo actualmente un total de 73 eventos.
- Se han revisado y actualizado de acuerdo al contexto y necesidades en cada uno de ellos, algunos de los protocolos de vigilancia de los eventos de notificación obligatoria. Entre los cuales se encuentran: Resistencia a antimicrobianos, el cual sólo está dirigido a vigilancia de derivados de artemisinas y solo para *P. falciparum*, Enfermedades Transmitidas por Alimentos–ETA, que permita realizar una adecuada intervención en lo referente a brotes y mejorar los análisis del evento para la toma de decisión, Infecciones Asociadas a la Atención en Salud–IAAS para mejorar la notificación y generar acciones preventivas y mejorar las intervenciones en atención de los brotes en instituciones de salud, Infección Respiratoria Aguda (IRA), entre otros.
- Se ha dado continuidad a la organización los componentes de la vigilancia en salud pública (epidemiológico, servicios de Salud y demográfico) y de la vigilancia sanitaria (alimentos y bebidas, tecnologías en salud y ambiente), para lo cual el Ministerio viene construyendo documentos conceptuales y para la gestión de cada componente.
- Se ha realizado la gestión correspondiente para la implementación y adecuado funcionamiento de las estrategias del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (notificación de casos predefinidos, vigilancia comunitaria, vigilancia por búsqueda por registros, vigilancia por estudios poblacionales y de laboratorio, y seguimiento a la gestión de servicios de salud), para lo cual el Ministerio realiza actividades rutinarias con el propósito de garantizar la operación de cada estrategia.
- En cuanto a la estrategia de vigilancia comunitaria, se realizó un pilotaje de la iniciativa de APP con lo que se encontró que es importante ajustar los mecanismos de envío de mensajes de texto para que los promotores y/o gestores en salud puedan reportar oportunamente situaciones inusuales o de alerta a las entidades territoriales. En este contexto, y como parte de su fortalecimiento en la actualidad, se está trabajando en una aplicación móvil llamada “Comunidadsalud”, la cual está en producción por parte de la Oficina de Tecnología de la Información y Comunicación (OTIC) del MSPS, que por medio de imágenes y lenguaje sencillo, permitirá una captación de

eventos que puedan generar un riesgo para el individuo o la comunidad y activar las rutas o mecanismos que se tengan en la entidad territorial de manera oportuna para su atención.

- Se desarrollaron propuestas y metodologías de análisis de la información de vigilancia, para fortalecer el proceso de análisis e interpretación del sistema. Se tienen avances en la construcción de modelos y algoritmos de decisiones para los eventos enfermedades no transmisibles, vectoriales e inmunoprevenibles.
- Se elaboró una guía operativa práctica, basada en el enfoque de gestión de eventos emergentes y reemergentes, donde se incluyen los diferentes componentes y acciones de prevención, vigilancia, control y comunicación en salud pública en el marco del “Plan de Contingencia del Sector Salud para la Prevención y Control de Cólera en Colombia”.
- Se designó a la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS como punto focal para apoyar el proyecto *Crowdsourcing Zika* liderado por el BID.
- Se ha gestionado procesos de cooperación Internacional con Estados Unidos para conocer los avances de los programas de apoyo para Zika y de la experiencia de nuestro país.
- Se realizó una evaluación por parte del Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, para evaluar la respuesta que tuvo nuestro país frente a zika.
- Se gestionaron canales de comunicación con el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela para revisar el análisis de situación de salud fronterizo y la toma de decisiones binacionales. En dichas reuniones se revisaron temas como el comportamiento de los virus de zika, dengue, chikungunya, malaria, encefalitis equina del este y tracoma en la frontera.

Plan de recuperación de las capacidades básicas del sistema de vigilancia y respuesta en salud pública e IVC para la seguridad sanitaria

- Se trabaja en una propuesta de metodología de evaluación y seguimiento de las capacidades básicas.
- Se han realizado procesos de revisión normativa y documental, encaminados al mejoramiento, innovación y acreditación de los laboratorios.
- Se realizó gestión para la regulación normativa frente al registro de laboratorios (RELAB); ajuste jurídico con la implementación del Decreto Único en Salud y revisión por parte de la Dirección Epidemiología y Demografía del MSPS.
- Desarrollo del documento técnico para la implementación del eje estratégico de investigación en los laboratorios de salud pública, construido durante el primer trimestre de 2017 con los tópicos a tratar.
- Revisión de los avances en la implementación de los estándares de calidad en salud pública por los laboratorios nacionales de referencia.
- Se está desarrollando la propuesta estándares para los servicios de vigilancia en salud pública, los cuales tendrán una primera fase de validación con las dependencias del MSPS e Instituto Nacional de Salud y posteriormente con los actores de las entidades territoriales.

Reglamentación para el funcionamiento del SIVIGILA

- Circular externa 028 de 2014. Alerta por situación de cólera en las Américas y fortalecimiento a la ejecución del Plan de Contingencia del Sector Salud para la Prevención y Control de Cólera en Colombia.
- Circular externa 023 de 2014. Lineamientos en salud para la copa mundial de la FIFA Brasil 2014.
- Circular externa 032 de 2014. Recomendaciones para viajeros internacionales, para el control del riesgo de importación de polio.
- Circular externa 040 de 2014. Participación del sector salud en los procesos de gestión de riesgo de desastres.
- Circular 046 de 2014. Lineamientos para la articulación y coordinación de las actividades de inspección, vigilancia y control relacionadas con alimentos destinados al consumo humano.
- Circular 014 de 2014. Instrucciones para la detección y alerta temprana ante la eventual introducción del virus de la fiebre Chikungunya.

- Circular 047 de 2014. Directrices en salud para la preparación y respuesta frente a la actual temporada seca y ante un posible fenómeno “del Niño” 2014-2015.
- Circular 030 de 2014. Acciones de vigilancia, prevención y control en salud pública de las encefalitis equinas ante la presencia de casos confirmados de Encefalitis Equina Venezolana–EEV.
- Circular 022 de 2014. Intensificación de acciones en prevención, manejo y control de las infecciones respiratorias agudas frente a la primera temporada de lluvias a nivel nacional.
- Circular 006 de 2014. Instrucciones para adelantar la visita única oficial de arribo para el otorgamiento de la libre plática, en naves de carga de tráfico internacional que arriben consecutivamente a dos o más puertos nacionales.
- Resolución 1300 de 2014. Por la cual se declara la emergencia sanitaria en el territorio nacional por el desabastecimiento de suero antiofídico en Colombia.
- Resolución 0770 de 2014. Por el cual se establecen las directrices para la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes nacionales subsectoriales de vigilancia y control de residuos en alimentos y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 0108 de 2014. Por el cual se crea el comité de prestación de servicios de protección radiológica.
- Circular Conjunta Externa 0056 de 2014. Por la cual se establecen los lineamientos para la preparación y respuesta ante la eventual introducción de casos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en Colombia.
- Circular Externa 0059 de 2014. Se brindan instrucciones para la organización de la prestación de servicios de salud y el desarrollo del Plan Nacional de Respuesta frente a la Introducción del Virus de Chikunguña en Colombia.
- Circular Conjunta Externa 066 de 2014. Por la cual se establecen las directrices para la vigilancia intensificada, prevención y atención de las lesiones ocasionadas por la fabricación, almacenamiento, transporte, comercialización, manipulación y uso inadecuado de pólvora para el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2014 al 17 de enero de 2015.
- Circular externa 09 de 2015. Recomendaciones ante la introducción del virus chikunguña en el territorio nacional.
- Circular externa 015 de 2015. Intensificación de las acciones en salud pública para la identificación de los casos importados de sarampión y rubéola.
- Circular externa 016 de 2015. Implementación del sistema oficial de inspección, vigilancia y control de la carne y productos cárnicos comestibles para plantas de beneficio animal.
- Circular externa 017 de 2015. Intensificación de acciones de salud pública frente a la vigilancia, prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda.
- Circular 028 de 2015. Instrucciones en salud para el retorno de viajeros de la Copa América 2015, frente al riesgo de casos importados de interés en salud pública: sarampión, rubéola o zika virus.
- Circular externa 0052 de 2015. Actualización de las directrices del sector salud para la preparación y respuesta frente a posibles efectos en la salud por el fenómeno de variabilidad climática "El Niño", 2015-2016.
- Circular conjunta externa 0043 de 2015. Instrucciones para la vigilancia en salud pública, atención clínica, prevención y control frente a la posible introducción del Virus Zika (ZIKV) en Colombia.
- Circular conjunta 061 de 2015 (MSPS –INS). Vigilancia del virus zika en su fase II epidémica y el fortalecimiento de la prevención en grupos de riesgo.
- Circular 063 de 2015. Intensificación de la vigilancia de defectos congénitos y muertes perinatales por defectos congénitos.
- Circular 064 de 2015. Vigilancia y notificación de los síndromes neurológicos con sospecha previa o confirmación de enfermedad por virus zika.
- Circular 002 de 2016. Lineamientos para la gestión de los planes de contingencia para fiebre Zika y atención clínica en embarazadas con infección por virus de zika y pacientes con complicaciones neurológicas y recomendaciones especiales.
- Actualización de la Circular 043 de 2015.

- Circular 006 de 2016. Declaración de alerta hospitalaria-enfermedad por virus zika
- Circular 013 de 2016. Lineamientos para la provisión efectiva de métodos de anticoncepción a hombres y mujeres en edad fértil, dirigidos a postergar el embarazo en los 951 municipios por debajo de los 2.200 m.s.n.m., en planes de contingencia para fiebre zika.
- Circular 0014 de 2016: Orientaciones para la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención, vigilancia y control de la epidemia por fiebre del virus del zika en el marco de los planes de acción en salud vigencia 2016.
- Circular 031 de 2016. Lineamientos en salud para los Juegos Olímpicos y Paraolímpicos Rio 2016 (Brasil).
- Circular externa 032 de 2016. Intensificación de acciones en salud pública frente a la vigilancia, prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda.
- Circular externa 035 de 2016. Alerta y directrices para el control de la fiebre amarilla en el departamento del meta y en los municipios de riesgo de los departamentos del Guaviare y Caquetá.
- Circular externa 033 de 2016. Intensificación de las acciones de vigilancia y control en salud pública para enfermedad meningocócica en Colombia
- Circular conjunta 036 de 2016. Lineamientos para la preparación y respuesta sectorial, frente a los posibles efectos en salud, durante la segunda temporada de lluvias 2016 y posible aparición del fenómeno de variabilidad climática "La Niña" 2016–2018.
- Circular conjunta externa 047 de 2016. Directrices para la vigilancia intensificada, la prevención y la atención de las lesiones ocasionadas por la fabricación, almacenamiento, transporte, comercialización, manipulación y uso inadecuado de la pólvora, temporada 1 de diciembre de 2016 a 14 de enero de 2017.
- Circular conjunta externa 027 de 2017. intensificación de las acciones de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria, prevención y control de la transmisión de cepas bacterianas gram negativas, con resistencia a colistina en Colombia.
- Circular conjunta externa 042 de 2017. Directrices para la vigilancia intensificada, prevención y atención de las lesiones ocasionadas por pólvora e intoxicaciones por fósforo blanco temporada 1 de diciembre de 2017 a 13 de enero de 2018.
- Circular conjunta externa 006 de 2018. Instrucciones permanentes de prevención, atención, vigilancia y control para evitar la introducción o aparición de casos de sarampión y rubéola en el país y acciones de sanidad portuaria.

Gestión para el fortalecimiento de la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional. Centro Nacional de Enlace–CNE y Sanidad Portuaria

- El Centro Nacional de Enlace–CNE continua operando 7 días a la semana, 24 horas al día, como enlace central para el intercambio rápido de información, para la respuesta a las emergencias de salud pública, en conjunto con las 37 Direcciones Territoriales de Salud (32 departamentos y 5 distritos), otras entidades del sector salud y de otros sectores como Ministerio de Ambiente, Agricultura, de Transporte, autoridades migratorias y de aeronáutica civil.
- El CNE mantiene canales permanentes para la recepción de la notificación de eventos de interés en salud pública de importancia nacional e internacional, desde fuentes oficiales de comunicación epidemiológica del sector salud como el Instituto Nacional de Salud–INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos–INVIMA, las Direcciones Territoriales de Salud, aeropuertos, puertos marítimos, la red de laboratorios y otras áreas operativas clave de otros sectores. El recibo de la información de la red de notificadores se mantiene las 24 horas por correo electrónico, teléfono celular, teléfono fijo y/o fax.
- Como resultado del monitoreo permanente de eventos y las amenazas de interés nacional e internacional, desde agosto de 2014 y hasta marzo de 2018, se detectaron 2.157 eventos; la fuente inicial de información de éstos eventos fue el Instituto Nacional de Salud–INS con 379 eventos (30,7%) y las Entidades Territoriales de Salud con 456 eventos (36,9%). La mayor parte de los eventos se atribuyó a riesgos infecciosos: 863 eventos,

seguido de las emergencias químicas (144 eventos), inocuidad de los alimentos (100 eventos), zoonosis (58 eventos), relativos a productos (34 eventos) y a medio ambiente (8 eventos).

- El CNE detectó, evaluó y notificó al Punto de Contacto Regional para el RSI y a la Red Internacional de Autoridades en Materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) 32 posibles eventos o emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII), el 41% atribuidos a riesgos infecciosos (13 eventos), el 19% a riesgo animal (6 eventos), el 16% a riesgo por otros productos (5 eventos), el 12,5% a inocuidad de alimentos (4 eventos), el 9,4% a los riesgos por emergencias y desastres (3 eventos) y el 3,2% a riesgo radiológico (1 evento).
- Se ejecutaron acciones para la preparación y respuesta ante la posible introducción por virus del Ébola–EVE al país, entre las cuales se encuentra el trabajo intersectorial con Migración Colombia, Cancillería y Aerocivil para reducir el riesgo en la llegada de viajeros internacionales procedentes de las zonas de transmisión activa de EVE; y revisión y actualización de formulario para la inmigración al país y de 27 procedimientos operativos para EVE.
- Se realizaron acciones para la preparación y respuesta ante la introducción de los virus de Chikungunya y Zika al país, entre las cuales se resalta la estimación de los casos esperados con la definición de los niveles de endemicidad por municipio, el seguimiento semanal a esas proyecciones y la definición de una metodología de análisis de casos de mortalidad, entre otras.
- Se realizaron las evaluaciones de riesgo ante la posible introducción de las enfermedades Chikungunya y Zika al país, se realizó la actualización de la Red Nacional de Intercomunicación para la Vigilancia en Salud Pública, la actualmente se encuentra conformada por los siguientes recursos tecnológicos e informáticos, así: a) equipos de telefonía móvil: 147 equipos Smartphone distribuidos en todo el territorio nacional los cuales cuentan con plan de voz y datos; b) equipos de cómputo: 3 equipos de cómputo asignados en cada una de las 36 Entidades Territoriales de Salud para un total de 108 computadores portátiles en todo el territorio nacional; c) módems internet móvil: 2 módems USB de internet móvil asignados en cada una de las 36 Entidades Territoriales de Salud, para un total de 72 módems distribuidos a nivel nacional.
- Se participó en reuniones preparatorias para las jornadas de entrenamientos a personal de salud de las zonas veredales y puntos transitorios de normalización, que involucraba las dependencias del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, en este caso Dirección de Epidemiología y Demografía y Dirección de Promoción y Prevención, el Instituto Nacional de Salud y con el asesoramiento de los referentes de postconflicto del Alto Comisionado de Paz, para los profesionales de la salud de las Zonas Veredales de Transición desde marzo de 2017, en el cual se establecieran los canales de comunicación de riesgo y notificación de los eventos que se pudieran llegar a presentar en la población desmovilizada de las FARC y actuar de manera inmediata a través de las ESE y del equipo de las secretarías apoyando a estos profesionales para atender una posible alerta o emergencia de interés en salud pública.
- Se llevaron a cabo 6 asistencias técnicas y 3 talleres de capacitación (dos presenciales y uno virtual), con el objetivo de fortalecer las capacidades para detectar y responder rápidamente a las amenazas para la salud pública en las Entidades Territoriales de Salud–ETS, los mecanismos de comunicación y coordinación sobre eventos que puedan constituir un evento o riesgo de salud pública de importancia nacional o internacional y la notificación inmediata al CNE y al INS. Talleres dirigidos a los puntos focales para el CNE departamentales y distritales, puntos de sanidad portuaria, profesionales del Grupo de Vigilancia en Salud Pública, del Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales del MSPS y profesionales del INS.
- Envío de alertas y actualizaciones internacionales a los grupos de contacto nacionales relacionadas con Zika, MERS-CoV, Cólera, Influenza aviar A(H7N9), Fiebre Amarilla, Peste en Madagascar, Foco de Influenza levemente patógena H7-Chile, Enfermedad Meningocócica en Togo, Virus Seoul en EEUU y Canadá.
- Con referencia a las comunicaciones internacionales, el CNE recibió y gestionó 202 comunicaciones internacionales (170 del Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI–PAHO y 32 de los CNE de Venezuela, Chile, Ecuador, Panamá, Perú, República Dominicana, Argentina, Brasil, México, Estados Unidos y el CDC de Atlanta; el 62% de las comunicaciones se realizaron ante la introducción del virus zika al país y la

declaratoria del aumento inusitado de casos de síndromes gestionó el mayor número de comunicaciones internacionales.

- El CNE difundió alertas y actualizaciones internacionales relacionadas con los eventos de: Ébola, chikungunya, Fiebre Amarilla, cólera, Enfermedad por virus Zika, casos de microcefalia y Síndrome de Guillán Barré en Brasil, MERS-CoV, casos de difteria en La Española (República Dominicana), virus de influenza A (H5N8), Influenza humana por virus A (H5N6), Influenza aviar virus A(H7N9), Peste en Madagascar, casos de microcefalia en Brasil, Fiebre de Lassa, Polivirus tipo 1 derivado de la vacuna-República Democrática de Lao, casos de Elizabethkingia anophelis en Estados Unidos, Brote de Fiebre de Oropouche-Perú, Síndrome de Fiebre Hemorrágica en Sudán, Encefalitis Equina del Este en Panamá, Fiebre del Valle del Rift, detección de poliovirus derivado de la vacuna-tipo 2 en niño inmunosuprimido en Argentina, Hepatitis E, sarampión, difteria, Viruela símica en Nigeria, para aproximadamente 700 contactos que incluyen: puntos focales para el CNE departamentales y distritales, directores y coordinadores de vigilancia en salud pública a nivel nacional, puntos de Sanidad Portuaria, OPS Representación Colombia, INS, INVIMA, ICA, IDEAM, ICBF, EAPB, IPS, oficinas, direcciones, subdirecciones y grupos técnicos del MSPS, Ministerio de Ambiente, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Educación, Ministerio de Minas, Migración Colombia, Aerocivil, Fuerzas Militares y Policía Nacional. Así mismo, se divulgaron por medio de e-mailing las acciones para el fortalecimiento de la promoción, prevención y atención de la Infección Respiratoria Aguda-IRA para Colombia; infección por virus Ébola, el fortalecimiento de las acciones de vigilancia, prevención y control de las infecciones por arbovirus; la alerta por emergencia global de infecciones invasivas causadas por la levadura multirresistente de *Cándida auris*.
- Como resultado de la vigilancia basada en eventos y en la búsqueda en fuentes formales e informales, se elaboraron 1.321 boletines diarios de noticias de interés sanitario durante este período, con un total de 25.499 noticias y rumores, 9.799 del orden nacional y 15.700 internacional. A partir del año 2015, se incluyeron noticias relacionadas con accidentes de tránsito las cuales suman 3.855 y 174 noticias de desnutrición en la Guajira a la fecha. El 1,6% requirieron de verificación por parte de las Entidades Territoriales de Salud.
- Como apoyo en el análisis situacional y la generación de informes y boletines acerca de eventos o posibles emergencias en salud pública de carácter nacional o internacional, el CNE elaboró y divulgó a las autoridades y áreas competentes, 63 boletines de vigilancia intensificada-situación de salud pública de causa desconocida (VPH) 2014-2015; 33 boletines de vigilancia intensificada-situación de desplazamiento en frontera colombo-venezolana 2015; 3 boletines de situación de morbi-mortalidad de enfermedades transmisibles en el departamento de Chocó 2015; 13 boletines de vigilancia intensificada en la visita del Papa Francisco; consolidación y revisión de 39 informes de morbi-mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de edad en comunidades indígenas y 33 boletines extraordinarios de situación de desplazamiento en la frontera colombo-venezolana.
- Apoyo en la construcción de los lineamientos para la preparación y respuesta ante la eventual introducción de casos de enfermedad por el Virus del Ébola en Colombia, así como los 25 procedimientos técnicos y operativos para la vigilancia y respuesta de éste evento.
- Actualización del flujo de información de las dependencias del Ministerio, Institutos Nacionales y entidades territoriales hacia el Centro Nacional de Enlace-CNE, en el marco del RSI 2005.

Vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud-INS

En materia de vigilancia en salud pública, el INS avanzó en lo siguiente:

- Revisión y actualización de los 67 protocolos de vigilancia de los 106 eventos de interés en salud pública y sus correspondientes fichas de notificación.
- Apoyo en el estudio de cohorte para caracterización clínico-epidemiológica de los casos de chikunguña en los municipios de San Juan Nepomuceno y Mahates (Bolívar) en las tres fases de la enfermedad (aguda, sub-aguda y crónica).

- Ampliación de la red de notificación al SIVIGILA de 6.268 operadores en el 2012 a 11.395 a periodo 4 de 2018, gracias a los procesos de depuración continua de las UPGD y UI caracterizadas en el sistema de información respectivo y al trabajo conjunto con las entidades territoriales para el seguimiento continuo a su red de operadores.
- Certificación de calidad por 5 años de la operación estadística del SIVIGILA en el marco del Sistema Estadístico Nacional (SEN).
- Monitoreo de alertas en eventos de interés en salud pública en fronteras, PPL, indígena, minera, zonas de transición y FF.MM., a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- Implementación del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública COE-ESP, para atender las situaciones de brotes, alarmas o emergencias en salud pública del país.
- Mejora en la oportunidad en la publicación de información epidemiológica, del 30 a 95%.

Vigilancia por laboratorio

- Se realizaron 435.609 ensayos analíticos orientados al diagnóstico y/o confirmación de los eventos sujetos a vigilancia y control sanitario, en apoyo directo a la vigilancia y control de más de 30 eventos de interés en salud pública, y situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.
- Apoyo en la detección de la circulación de agentes en 319 brotes a nivel nacional con acciones como: caracterización de aislamientos, procesamiento de muestras, diagnósticos histopatológicos, participaciones en unidades de análisis, estudios de reservorios silvestres, levantamientos entomológicos, elaboración de informes.
- Contribución con el estudio de 1.150 casos de defectos congénitos del Sistema Nervioso Central para contribuir a la definición etiológica de malformaciones en bebés de madres expuestas al virus Zika.

RESULTADOS DEL INS DE JUNIO DE 2017 A ABRIL DE 2018

Apoyo a brotes

Enfermedades transmisibles

- Liderazgo nacional y regional en la respuesta técnica ante las emergencias por zika y chikunguña.
- Acciones para la fase de preparación ante la introducción del virus del Ébola.
- Obtención de la declaración de país libre de los virus de rubeola y sarampión y tétanos neonatal.
- Verificación de la vigilancia en salud pública en el proceso de certificación por OPS de la interrupción de transmisión vectorial de chagas en 21 municipios.
- Desarrollo de la invención GiaTech-INS, patente que se encuentra en trámites ante la Superintendencia de Industria y Comercio
- Identificación del comportamiento y perfil de resistencia a antimicrobianos de *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Salmonella* y *Cryptococcus*
- Desarrollo de una prueba molecular rápida para la determinación de susceptibilidad de *M. tuberculosis* a medicamentos de primera y segunda línea
- Desarrollo un modelo animal sobre efectos del virus Zika en el neurodesarrollo, fisiopatología y diagnóstico
- Configuración de una corte de gestantes, parejas y niños para el estudio de la historia natural de la infección del virus del ZIKV
- Determinación por primera vez y a nivel mundial la presencia del virus del ZIKV en tejido ocular (iris, retina y nervio óptico)
- Caracterización y diagnóstico de las intervenciones para el control del *Aedes aegypti*
- Actualización del estado de la susceptibilidad y resistencia a DDT y piretroides en las especies *Anopheles*

darlingi, *Anopheles nuneztovari* s.l. y *Anopheles albimanus*

Enfermedades No Transmisibles (ENT)

- Evaluación y clasificación del 97% de los casos de microcefalia y otros defectos congénitos del sistema nervioso central notificados al SIVIGILA durante la fase epidémica del zika.
- Seguimiento de los casos posnatales o con trastornos neurológicos relacionados con zika en todo el país
- Implementación de la vigilancia de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años.
- Generación de evidencia sobre etiquetado nutricional que sirvió de base para el proyecto de ley liderado por el MSPS, que pretendía modificar el formato de etiquetado nutricional para alimentos envasados.
- Desarrollo de estrategias para intervenir la desnutrición por deficiencia de vitaminas y minerales, programa de refrigerios escolares de la Secretaría de Educación Distrital y fortificación casera con micronutrientes en polvo.
- Entrega de resultados de la Encuesta de Situación Nutricional (ENSIN 2015), insumo para el seguimiento e implementación de la política pública en seguridad alimentaria y nutricional del país, esfuerzo conjunto Minsalud, INS, ICBF y DPS.
- En conjunto con el ICBF y otras entidades públicas y privadas se formularon las guías alimentarias para la población colombiana menor de dos años, gestantes y en periodo de lactancia
- Se desarrollaron estudios sobre exposición a mercurio y sus efectos en salud construyendo una ruta de atención en salud.

Acciones enfocadas al suministro de insumos de interés para la salud pública

Se reportan los siguientes resultados:

- Suministro de 89.230 animales de laboratorio criados bajo condiciones macro ambientales controladas utilizados como biomodelos para la investigación biomédica, el diagnóstico de enfermedades de interés en salud pública y la realización de pruebas de control biológico. En el periodo comprendido entre junio de 2017 y abril de 2018 dicha cifra asciende a 11.608 animales.
- Producción en el cuatrienio de 19.149 litros de medios de cultivo, agua y soluciones requeridos para el aislamiento e identificación de microorganismos en el diagnóstico microbiológico, los cuales son considerados insumo básico en procesos de control de calidad de biológicos, alimentos y medicamentos, así como en proyectos de investigación y diagnóstico clínico que requieren su uso. En el último año analizado se reporta la producción de 3.739 litros.
- Suministro de 1.074 litros de hemoderivados destinados a la producción de antivenenos y otros biológicos usados por los grupos internos de trabajo del INS para el diagnóstico y tratamiento de eventos de interés en salud pública, de los cuales 199 litros fueron producidos en el periodo comprendido entre junio de 2017 y marzo de 2018.
- Entrega al país de 54.433 viales de antiveneno que han permitido atender la demanda generada en el país respecto de éste biológico y que permitieron contar con un stock estratégico que atenderán la demanda que se pueda presentar en la actual vigencia. Dentro de éste consolidado se destaca que gracias a un convenio interadministrativo firmado con el Ministerio de Salud y Protección Social durante la vigencia 2017 se realizó la transferencia de 238 cajas de antiveneno anticoral polivalente que fueron distribuidas en todo el territorio nacional para la atención del accidente ofídico causado por serpientes del referido genero *Micrurus* y en abril de 2018 se adelantó el envase de tres (3) nuevos lotes de antiveneno anticoral polivalente. La estructuración del referido stock estratégico de antivenenos permitió que durante la vigencia 2017 se enfocaran los esfuerzos en la preparación de la visita del INVIMA en la que el INS obtuvo la Certificación en Buenas Prácticas de Manufactura Farmacéuticas de la planta de producción de sueros hiperinmunes para la fabricación de suero antiofídico polivalente y antiveneno anticoral polivalente.

Cuadro 27. Indicadores de proyecto "Administración, producción y control de la calidad de biológicos y químicos y animales de laboratorio" junio de 2017–abril de 2018

Producto	2017								2018				Total año	Total periodo
	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total año	Ene	Feb	Mar	Abr		
Animales de laboratorio producidos	973	1.007	602	556	752	734	2.522	7.146	837	1.202	1.369	1.054	4.462	11.608
Medios de cultivo producidos (Litros)	243,6	304,1	370,6	278,7	274,3	472,3	723,1	2.666,7	152,7	336,5	297	286,1	1.072	3.738,9
Hemoderivados producidos (Litros)	2,09	2,20	1,66	1,70	0,98	3,85	58,63	71,1	51,70	1,50	74,35	2,95	131	201,6
Viales de antiveneno producidos												1.650	1.650	1.650

Fuente: INS con base en DNP-Sistema de Seguimiento a Proyectos de Inversión (SPI)

Cuadro 28. Indicadores del proyecto "Administración, producción y control de la calidad de biológicos y químicos y animales de laboratorio" 2014– marzo de 2018

PRODUCTO	2014	2015	2016	2017	2018 (Abr)	Total periodo
Animales de laboratorio producidos	27.152	25.036	21.398	11.182	4.462	89.230
Medios de cultivo producidos (Litros)	4.015	6.255	4.103	3.704	1.072	19.149
Hemoderivados producidos (Litros)	339	511	17	76	131	1.074
Viales de antiveneno producidos	7.133	26.491	19.159	0	1.650	54.433

Fuente: INS con base en DNP-Seguimiento a Proyectos de Inversión (SPI)

Factores de riesgo ambiental

En la misma vía de lo mencionado en la sección 3.10 correspondiente a salud ambiental, con la participación del INS se realizó la implementación del boletín de clima y salud que articula a los sectores ambiente y salud, para producir información a la comunidad sobre la predicción climática y las repercusiones en los eventos de interés en salud pública.

3.14 Vigilancia en salud pública del Fondo Nacional de Estupefacientes: reducción del abuso de drogas

El Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), de acuerdo a lo dispuesto en los Decretos 205 de 2003 y 4107 de 2011, tiene entre sus funciones “apoyar a los programas contra la farmacodependencia que adelanta el Gobierno Nacional”; para tal fin el Fondo dispone de un rubro de transferencias al sector público: municipios o departamentos. Para acceder a cofinanciación, los entes territoriales pueden presentar proyectos encaminados a la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, los cuales son evaluados con el fin de determinar su viabilidad técnica y financiera.

En cumplimiento de la misión antes referida, el Fondo ha asignado recursos a proyectos con diversos enfoques, siendo así que durante la vigencia 2014 los proyectos estuvieron orientados hacia el sano uso del tiempo libre, incluyendo actividades artísticas, tales como música, pintura y el aprendizaje de oficios para la vida; estos proyectos beneficiaron a población escolar, docentes y padres de familia.

Para la vigencia 2015 el Fondo realizó trabajo conjunto con la Policía Nacional-Dirección de Antinarcóticos, apoyando la implementación del programa DARE, el cual incluyó la prevención del consumo inadecuado de medicamentos controlados; estos proyectos beneficiaron a población escolar, padres de familia y docentes. Por otra parte se apoyaron proyectos encaminados a recopilar información por parte de los Fondos Rotatorios de Estupefacientes sobre el consumo de medicamentos controlados.

En 2016, nuevamente se apoyó la ejecución del programa DARE en trabajo conjunto con la Policía Antinarcoóticos, en nueve (9) municipios. En el segundo semestre, el FNE apoyó proyectos de actividades lúdicas en el tiempo libre en los municipios de Timbío y El Tambo y proyectos basados en la evidencia, cofinanciando el Programa Protegidos en Itagüí y en Yopal la estrategia TREATNET.

Para la vigencia 2017, el FNE, el MSPS y el Ministerio de Justicia y del Derecho acordaron “gestionar de forma colaborativa el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención del Consumo y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014–2021, en sus cinco componentes: Fortalecimiento Institucional, Promoción de la Salud, Prevención del Consumo, Tratamiento Especializado y la Reducción de Daños”, priorizando dos líneas de intervención una orientada a la reducción de daños por consumo de Heroína y la otra a la prevención, basada en la evidencia mediante la implementación del Programa Familias Fuertes.

Para el segundo semestre de 2017, el Fondo suscribió siete (7) convenios con entidades territoriales que presentaron propuestas en las líneas priorizadas, de los cuales seis (6) de ellos fueron ejecutados satisfactoriamente y uno (1), por causas ajenas al Fondo, finalmente no se realizó. La inversión de recursos fue de \$935.646.771, los cuales fueron asignados a la implementación del Programa Familias Fuertes en el Distrito de Barranquilla y los departamentos de Cauca y Risaralda y para proyectos de Reducción de Riesgos y Daños en los municipios de Armenia, Cali y Pereira.

De otra parte, en 2017 se adoptó la nueva Guía Técnica para la Formulación y Selección de Proyectos para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas Presentados ante el FNE y se realizó la invitación a los territorios priorizados para la vigencia 2018.

Esta nueva guía está alineada con los desarrollos de política pública en materia de reducción del consumo de drogas e incluye formularios de: idea de proyecto, propuesta ampliada y presupuesto, así como una clara definición de los criterios de selección y del cronograma de presentación y selección de propuestas.

En el periodo comprendido entre 2014 y 2017, el FNE cofinanció proyectos por \$3.096.933.139, así:

Cuadro 29. Proyectos cofinanciados por el FNE

Vigencia	Proyectos ejecutados	Municipios beneficiados	Departamentos beneficiados	Cofinanciación (\$)
2014	15	15	6	1.018.349.271
2015	4	1	3	168.713.229
2016	13	14	12	974.223.868
2017	6	4	2	935.646.771

Fuente: Fondo Nacional de Estupefacientes - FNE

En lo que respecta a la vigencia 2018, el Fondo recibió treinta y tres (33) ideas de proyecto de veintiocho (28) entes territoriales, las cuales fueron analizadas en una primera fase con el fin de determinar su viabilidad, pasando diecinueve (19) de estas propuestas a una segunda etapa. De éstas, se allegaron catorce (14) propuestas ampliadas, las cuales fueron evaluadas, denifiéndose una reunión de subcomité de farmacodependencia del 8 de mayo de 2018 para asignar cofinanciación por un total asignado de \$1.272.639.200, a:

Cuadro 30. Proyectos cofinanciados por el FNE

Territorio	Línea	Valor asignado	Beneficiarios
Astrea	PFF	\$100.800.000	120 familias
Valledupar	PFF	\$114.139.200	120 familias
Nariño	PFF	\$186.000.000	160 familias
Pasto	PFF	\$118.000.000	100 familias
Armenia	Heroína	\$72.100.000	500 personas que se inyectan drogas (PID)
Cali	Heroína	\$300.000.000	400 PID en programa de reducción de daños (RRD)
Dosquebradas	Heroína	\$176.000.000	170 PID

Territorio	Línea	Valor asignado	Beneficiarios
Cúcuta	Heroína	\$205.600.000	135 PID

Fuente: Fondo Nacional de Estupefacientes - FNE

En consideración a que los convenios interadministrativos no pueden ser suscritos durante la denominada Ley de Garantías, solamente al finalizar ésta, se procederá a la firma de los mismos.

Gestión para mejorar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos control del Estado a través del FNE como laboratorio farmacéutico público

La Ley 30 de 1986 en su artículo 20 asigna al MSPS, entre otras funciones, "Importar y vender, conforme a las necesidades sanitarias... drogas que produzcan dependencia.... La importación y venta... se hará exclusivamente a través del Fondo Rotatorio de Estupefacientes del Ministerio de Salud" y a su vez el Decreto 3788 de 1986 en su artículo 25 determina que "El Ministerio de Salud señalará, dentro de la lista de medicamentos de control especial, cuáles serán elaborados y distribuidos exclusivamente por el Fondo Rotatorio de Estupefacientes de ese Ministerio", constituyéndose un monopolio a favor del MSPS para importar, fabricar y distribuir con exclusividad algunos medicamentos, lo cual fue declarado exequible por la Corte Constitucional mediante sentencia C-697/08.

El hoy MSPS ha definido mediante Resolución 1478 de 2006 el listado de dichos medicamentos dando lugar a que los registros sanitarios de estos medicamentos reconozcan al FNE como titular de los mismos, o en su defecto, como distribuidor exclusivo; y al mismo tiempo generando que exista un solo producto en el mercado en cada caso y que el FNE deba responder por abastecer adecuadamente la demanda nacional y gestionar su disponibilidad y acceso para todo el país, como bien lo establecen los Decretos 205 de 2003 y 4107 de 2011, al definir las funciones actuales de la entidad como unidad ejecutora con autonomía administrativa y financiera, siendo ésta además la principal fuente de ingresos de la entidad.

En 2017 se obtuvo la aprobación y publicación en el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad del MSPS del Procedimiento "Gestión del Laboratorio Farmacéutico del FNE de medicamentos monopolio del Estado", el cual cuenta con las siguientes actividades que cuentan con los formatos, manuales y guías requeridos para su cabal funcionamiento:

- Adquisición y producción
- Marketing y accesibilidad
- Farmacovigilancia
- Aseguramiento y garantía de la calidad
- Departamento de investigación y desarrollo de productos
- Asuntos regulatorios
- Regionalización (Fondos Rotatorios de Estupefacientes-FRE)

Otras acciones importantes para mejorar la operación del FNE como Laboratorio farmacéutico al ser titular de registros sanitarios de medicamentos:

- Mantenimiento de la bodega y aumento de la capacidad de almacenamiento, así como gestión para la implementación y seguimiento al cumplimiento de las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA).
- En el mes de diciembre se recibió visita de auditoria por parte del INVIMA sin que se dejasen hallazgos al respecto.
- Fortalecimiento e implementación del Programa de Farmacovigilancia para medicamentos monopolio del Estado: durante el segundo semestre de 2016 y primer semestre de 2017 se ha venido efectuando la reestructuración y fortalecimiento del Programa de Farmacovigilancia del FNE, orientado a la integración con los nodos de Farmacovigilancia del INVIMA y con los FRE.
- A través del convenio vigente que se tiene con la Corporación Punto Azul (CPA), se ha continuado trabajando en pro de la implementación de medidas para la gestión adecuada de los medicamentos vencidos, parcialmente consumidos o deteriorados. En marzo de 2017 se llevó a cabo el evento de socialización a la industria

farmacéutica de la iniciativa de gestión de destrucción de medicamentos de control especial y/o monopolio del Estado vencidos, parcialmente consumidos y deteriorados a través de la CPA, conforme a la Circular 01 de 2017.

Investigación y desarrollo en medicamentos del Estado

Como laboratorio farmacéutico, el FNE ha venido realizando actividades conducentes a la innovación y desarrollo a través de la contratación de nuevos medicamentos para ampliar el portafolio de la entidad, a través de la generación de medicamentos de fabricación nacional que complementen y bajen los costos de algunos de los actualmente importados; esto es, en el segundo semestre de 2017 se radicaron ante el INVIMA las solicitudes para la obtención de los registros sanitarios de los medicamentos del Estado: Metadona HCl 10 mg tableta, Metadona HCl 40 mg tableta y Primidona 250 mg tabletas, de los cuales el FNE será el titular. Así mismo se inició el desarrollo con una reformulación del medicamento Hidromorfona HCl 5 mg tabletas, toda vez que el mismo había sido retirado del mercado. En el primer semestre de 2017 se avanzó así mismo en la estructuración de procesos tendientes al desarrollo de metadona en solución oral y metilfenidato tabletas 10 mg, los cuales se espera concretar en el segundo semestre del 2018.

Con el propósito de avanzar en el cumplimiento de la Política Farmacéutica Nacional desde lo que le compete a la entidad como el único laboratorio farmacéutico estatal y así mismo dar aplicación a los principios de accesibilidad, oportunidad y eficiencia contemplados en la Ley 1751 de 2015, se dio un giro a la gestión en la materia, desarrollando las siguientes actividades:

Apoyo y cooperación interinstitucional con fines de fortalecimiento en la gestión de los FRE ubicados en cada una de las secretarías, instituciones y/o direcciones departamentales de salud a nivel nacional

En materia de apoyo institucional se hizo presencia, durante la vigencia 2017, a través de visita de inspección en aras de prestar asesoría técnica y administrativa con fines de fortalecimiento del funcionamiento de los FRE de los departamentos de Guajira, Cesar, Atlántico, Córdoba, Bolívar, Magdalena, Valle del Cauca, Quindío, Antioquia, Santander, Sucre y Amazonas, apoyando a través del análisis de casos de necesidades con la presentación de oportunidades de mejora en la prestación de los servicios a los usuarios en sus territorios, así como planteamiento de estrategias conducentes a mejorar la accesibilidad y disponibilidad de los medicamentos del Estado. En la vigencia 2018, mediante plan de acción del FNE se programó el apoyo a diez FRE (Arauca, San Andrés Islas, Guainía, Cauca, Guainía, Huila, Tolima, Meta, Risaralda y Norte de Santander, con fines de seguir prestando el apoyo y asesoría institucional para fortalecimiento de la regionalización.

Fortalecimiento e implementación del Programa de Farmacovigilancia, medicamentos monopolio del Estado

Durante el segundo semestre de 2017 y primer semestre de 2018 se han realizado actividades conducentes al fortalecimiento del Programa de Farmacovigilancia del FNE con gestión orientada a la integración con los nodos de Farmacovigilancia del INVIMA y con los FRE para la obtención de información que permita realizar el análisis respectivo para la toma de decisiones en relación a estrategias destinadas a garantizar o mejorar la calidad, el uso seguro de los medicamentos, la minimización de riesgos en procesos de elaboración del medicamento, de almacenamiento, de distribución, en la gestión de seguridad del paciente, en la detección de errores de medicación, además de conservar un enfoque de mejora continua en toda la cadena de comercialización, contando con el apoyo de recursos que permitan avanzar en sistemas de información que favorezcan la recepción, análisis y detección de señales relacionadas con Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM).

Material de educación dirigidos a profesionales del área de la salud y pacientes con fines de información y capacitación sobre las características y uso racional de los medicamentos monopolio del Estado

En diciembre de 2017 se recibió por parte del IETS el diseño y desarrollo de dieciséis (16) fichas técnicas de prescripción para los medicamentos del Estado (Fenobarbital 0.4% solución oral, fenobarbital 10, 50 y 100 mg tabletas, fenobarbital sódico 40 mg/ml y 200 mg/ml, Hidromorfona 2.5 y 5 mg tabletas, Hidromorfona HCl 2 mg/ml, Meperidina HCl 100 mg/2 ml, Morfina HCl 10 mg/ml, Morfina HCl 3% solución oral y solución inyectable multidosis, Metadona HCl 10 y 40 mg tabletas y Primidona 250 mg tabletas) y catorce (14) fichas infográficas para los medicamentos monopolio del Estado, siete (7) dirigidas a pacientes y siete (7) dirigidas a profesionales de la salud para los medicamentos con principios activos como el fenobarbital ácido y sódico, hidromorfona, meperidina, metadona, morfina y primidona.

Acciones para mejorar acceso a pacientes, diagnosticar y superar barreras de acceso, así como aumentar ventas de los medicamentos a cargo del FNE.

En diciembre de 2016 se expidió la Circular 16 del FNE para lo siguiente:

- Mantenimiento de la bodega y aumento de la capacidad de almacenamiento, así como gestión para la implementación y seguimiento al cumplimiento de las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA).
- Acciones de conocimiento y posicionamiento de los medicamentos de control especial monopolio del Estado, cuyo principio activo es el fenobarbital, en concentraciones de 400 mg/100 mL (solución oral) y 10 mg (tableta), que habían salido del mercado temporalmente.
- Mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos monopolio del Estado, convocando a las Secretarías Departamentales de Salud para que -a través de los FRE- gestionen los contratos, convenios, pedidos y compras necesarias y racionales para asegurarse que la disponibilidad con la que se cuenta a nivel central se traduzca en accesibilidad en cada uno de los territorios.
- Divulgar la nueva imagen de los medicamentos monopolio del Estado, con marco en lo dispuesto en el Decreto 843 de 2016, actualizando la información en el sentido de eliminar las franjas de color violeta y verde; así mismo, se incluyó el logo del programa de posconsumo de medicamentos de la CPA, en cumplimiento de la responsabilidad social corporativa del FNE frente a la obligación de gestionar adecuadamente los residuos de medicamentos, conforme a la Resolución 371 de 2009 de Minambiente.

Dentro del proceso de mejoras en cotizaciones se incluyó en su presentación la fecha de vencimiento de los medicamentos para evitar despachar medicamentos vencidos o con fechas de vencimiento muy próximas de las cuales no se pueda asegurar su estabilidad, eficacia y seguridad; igualmente facilitar al cliente las actividades necesarias para controlar el registro de fechas de vencimiento y evitar la pérdida por caducidad.

En lo referente a despachos se incluyeron, dentro del costo de los medicamentos, los gastos de transporte con el fin de atender de manera oportuna la entrega de los medicamentos a los FRE del territorio nacional, del departamento de Cundinamarca y Bogotá, D.C, a las IPS, hospitales y Colsubsidio. Para el desarrollo de esta actividad se celebró contrato de transporte para garantizar la disponibilidad de los Medicamentos Monopolio de Estado, permitiendo así al acceso oportuno para fines médicos y al mismo tiempo evitando la desviación, uso indebido y tráfico de los mismos.

Resultado de las anteriores gestiones, se cerró el 2017 con un histórico de ventas de \$17.594 millones, lo cual representa un crecimiento del 9,8% con respecto a 2016.

Participación del FNE en congresos y eventos científicos

Como parte de la estrategia del FNE orientada a reducir las barreras de acceso a los medicamentos monopolio del Estado relacionadas con el entrenamiento y concienciación de profesionales de la salud, se realizó lo siguiente:

Cuadro 31. Participación del FNE en congresos y eventos científicos

Evento	Fecha	Actividad realizada	Resultado alcanzado
5º Congreso Grunenthal Primary Care	16/06/2017	Conferencia "Prescripción de medicamentos de Control Especial"	Sensibilización a los médicos asistentes sobre el papel de los prescriptores en favorecer el acceso a medicamentos controlados al cumplir las normas vigentes para su prescripción y así reducir las barreras de acceso a estos medicamentos
Curso de Opioides: Manejo Médico, Racional y Seguro	03/08/2017	Conferencia: "Acciones Estatales realizadas para mejorar el Acceso y Disponibilidad de Opioides y realidad sobre el uso indebido de opioides en Colombia y a nivel global"	Se brindó información actualizada sobre la epidemia de uso de opioides que se presenta en otros países, el estatus del acceso y uso de opioides en Colombia, las estrategias que está aplicando el FNE para garantizar un balance entre el acceso y el control de estos medicamentos y para evitar que en Colombia se de una crisis de opioides.
Reunión Fondo nacional de Estupefacientes - Fondos Rotatorios de Estupefacientes	10/08/2017	Conferencia: Contexto y Actualidad en política de drogas Opioides	Se presentaron un panorama actualizado sobre la tendencia mundial en la política de control de sustancias sometidas a fiscalización, la existencia de la epidemia de consumo de opioides y los retos que enfrenta Colombia en estos aspectos.
Taller de Cabildeo para Cuidados Paliativos	15/08/2017	Conferencia: "Estrategia de balance: garantizando el acceso y previniendo el abuso – Medicamentos Monopolio del Estado FNE"	Se presentó un resumen de las estrategias aplicadas por el FNE para reducir las barreras de acceso a medicamentos de control especial evitando su desvío.
XXVI Congreso Internacional de Dolor	21/09/2017	Conferencia: "Regulación y Acceso a Cannabis con fines medicinales en Colombia"	Se informó a los médicos asistentes sobre el estado actual de la regulación nacional para el uso de Cannabis para fines médicos y se resolvieron sus inquietudes sobre estos usos, el acceso a estos productos, entre otras.
		Participación en mesa redonda: Opioides, ¿Una epidemia?	Discusión sobre la epidemia de uso de opioides que se presenta en otros países, el estatus del acceso y uso de opioides en Colombia, las medidas que se aplican y las estrategias a desarrollar para evitar que en Colombia se de una crisis de opioides.
		Atención a los médicos en stand informativo del FNE	Recibir impresiones e inquietudes de sobre disponibilidad y acceso a los opioides monopolio del Estado.
I Congreso Internacional de Cuidado Paliativo	22/09/2017	Conferencia: "¿Que significa la Ley de Canabinoides? Que está y que no está aprobado en Colombia?"	Se actualizó la información a los médicos asistentes sobre el estado de la regulación nacional para el uso de Cannabis para fines médicos y se resolvieron sus inquietudes sobre estos usos, el acceso a estos productos, entre otras.
Taller de manejo adecuado de opioides	15/02/2018	Conferencia: "Opioides en Colombia y en el mundo"	Se presentó información sobre la epidemia de uso de opioides que se presenta en otros países, el estatus del acceso y uso de opioides en Colombia, las medidas que se aplican y las estrategias a desarrollar para evitar que en Colombia se de una crisis de opioides.
		Conferencia: "Regulación para el acceso seguro e informado al Cannabis para uso médico y científico en Colombia"	Se actualizó la información a los médicos asistentes sobre el estado de la regulación nacional para el uso de Cannabis para fines médicos y se resolvieron sus inquietudes sobre estos usos, el acceso a estos productos, entre otras.
		Atención a los médicos en stand informativo del FNE	Se recibieron inquietudes de los médicos sobre disponibilidad y acceso a los opioides monopolio del Estado.
Taller de manejo adecuado de opioides	15/03/2018	Conferencia: "Opioides en Colombia y en el mundo"	Se presentó información sobre la epidemia de uso de opioides que se presenta en otros países, el estatus del acceso y uso de opioides en Colombia, las medidas que se aplican y las estrategias a desarrollar para evitar que en Colombia se de una crisis de opioides.
		Conferencia: "Regulación para el acceso seguro e informado al Cannabis para uso médico y científico en Colombia"	Se actualizó la información a los médicos asistentes sobre el estado de la regulación nacional para el uso de Cannabis para fines médicos y se resolvieron sus inquietudes sobre estos usos, el acceso a estos productos, entre otras.
I Congreso Subregional Andino, II Congreso Colombiano de Medicina Familiar	17/03/2018	Conferencia: "Regulación para el acceso seguro e informado al Cannabis para uso médico y científico en Colombia"	Se actualizó la información a los médicos asistentes sobre el estado de la regulación nacional para el uso de Cannabis para fines médicos y se resolvieron sus inquietudes sobre estos usos, el acceso a estos productos, entre otras.

Fuente: Fondo Nacional de Estupefacientes - FNE

A continuación se exponen las circulares expedidas por el FNE para mejorar la gestión del laboratorio farmacéutico de medicamentos del Estado

Cuadro 32. Circulares expedidas para mejorar la gestión del laboratorio farmacéutico de medicamentos del Estado

Circular	Objetivo
03 de 21/06/2017	Informar acerca de la disponibilidad de medicamentos opioides monopolio del Estado y recomendación para la prescripción y administración del medicamento morfina HCl 3% solución oral.
06 de 30/08/2017	Mecanismos para manejo y rotación de inventarios de medicamentos de control especial monopolio próximos a vencer en los Fondos Rotatorios de Estupefacientes.
07 de 30/08/2017	Directrices para el manejo interdepartamental de las fórmulas de medicamentos monopolio del estado con el fin de eliminar un trámite y facilitar los canales de acceso y disponibilidad a nuestros productos.
12 del 20/10/2017	Se recomiendan a los Fondos Rotatorios de Estupefacientes lineamientos sobre los precios de venta de los medicamentos monopolio del Estado y el uso de sus utilidades.

Fuente: Fondo Nacional de Estupefacientes – FNE

4. INNOVACIONES Y AJUSTES PARA EL FORTALECIMIENTO Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SECTOR

A continuación se realiza una descripción de los avances estratégicos relativos al aseguramiento en salud de la población en el marco de la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del último año comprendido entre el 1 junio de 2017 y abril de 2018. De igual forma, se hace referencia a los periodos previos correspondientes al cuatrienio 2014-2018, para dar una idea de su evolución histórica. Se ofrece un análisis desde la perspectiva del Ministerio de Salud y Protección Social, así como un grupo de recomendaciones para la mejora continua del sistema.

Vale la pena mencionar que los presentes contenidos se plantean desde los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, sancionado por la Ley 1753 de 2015 en el cual se definieron cinco estrategias transversales, entre las que se encuentra la movilidad social, entendida como una situación donde las personas, independientemente de sus características y circunstancias personales o físicas, tienen las mismas oportunidades y pueden competir en igualdad de condiciones en el mercado laboral, o en cualquier ámbito que deseen desempeñarse, siendo retribuidos de acuerdo con su nivel de esfuerzo y talento.

El PND 2014-2018 propone lograr varios objetivos sectoriales entre los que se resaltan:

- Aumentar la cobertura del aseguramiento en salud y riesgos laborales en el sistema
- Aumentar el acceso efectivo a los servicios con calidad
- Recuperar la confianza y legitimidad del sistema

Adicionalmente es necesario resaltar que, en su articulado, la Ley 1753 de 2015 incluye los siguientes mandatos:

- Diseñar un esquema financiero y operativo que posibilite la vinculación de trabajadores independientes con ingresos inferiores al salario mínimo mensual legal vigente al Sistema General de Seguridad Social Integral (Artículo 98).
- Modificar la definición de la composición del núcleo familiar para el acceso a la seguridad social (Artículo 218°).

Indicadores sobre aseguramiento reportados en SINERGIA⁴⁸

La información de estos indicadores se reporta mensualmente al Departamento de Planeación Nacional (DNP) a través del sistema SINERGIA de acuerdo a la directiva Presidencial No. 21 de septiembre de 2011, entre otras normas.

Porcentaje de población afiliada al sistema de salud

Este indicador estima la proporción de habitantes de Colombia que se encuentran asegurados en salud. Sirve para realizar un seguimiento a la continuidad de las coberturas alcanzadas y la progresión hacia la cobertura universal.

Porcentaje de personas entre 18 a 25 años afiliadas al sistema de salud

Este indicador estima la proporción de habitantes de Colombia entre 18 y 25 años que se encuentran asegurados en salud. Mide la protección del riesgo en salud para la población que está en la edad de acumulación de capital humano y que por las reglas del sistema puede quedar desprotegida.

⁴⁸ Para mayores detalles, se sugiere consultar en vínculo <http://sinergiapp.dnp.gov.co>

Sistema de gestión integral del riesgo en salud operando

Este indicador hace referencia al porcentaje de EPS del régimen contributivo y subsidiado que aplican la estrategia de gestión integral del riesgo en salud, para al menos un 50% de los grupos de riesgo establecidos por el MSPS con sus respectivas rutas integrales de atención específica. El sistema de gestión integral del riesgo en salud debe ser entendido en sus dos dimensiones; la epidemiológica, y la económica. La primera se refiere a la minimización de eventos de enfermedad, trauma o muerte. La segunda, se refiere al equilibrio económico derivado de una adecuada organización empresarial para adelantar la gestión del riesgo en salud.

Los datos se encuentran actualizados en la plataforma SINERGIA, así:

Cuadro 33. Indicadores SINERGIA

No.	Indicador	Fecha de actualización	Valor
1	Porcentaje de población afiliada al sistema de salud	Diciembre de 2017	94,88
2	Porcentaje de personas entre 18 a 25 años afiliadas al sistema de salud	Diciembre de 2017	92,83
3	Sistema de gestión integral del riesgo en salud operando	En proceso para corte 2018	N.D.

Fuente: BDUA, BDEX y proyecciones de población DANE.

4.1 Aseguramiento en salud

El MSPS, en el marco de la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015) y atendiendo pronunciamientos judiciales relevantes proferidos por las altas corporaciones como, entre otras, la Sentencia T-760 de 2008, expidió el Decreto 2353 del 3 de diciembre de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016 Único del Sector, con el propósito de: i) Unificar y actualizar las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a fin de que éstas se constituyan en un mecanismo efectivo para la garantía del derecho a la salud, como derecho fundamental, eliminando barreras de acceso; ii) Adoptar medidas para garantizar la continuidad de la atención en salud en cumplimiento de la Ley Estatutaria en Salud y la protección de poblaciones vulnerables; y, iii) Hacer más ágiles y efectivos los trámites a través de la creación del Sistema de Afiliación Transaccional–SAT. Este decreto consideró medidas de simplificación de trámites de afiliación, novedades, traslado y eliminación de barreras de acceso, así como la definición de prohibiciones y prácticas no autorizadas en la afiliación por parte de las EPS.

En la misma vía de lo mencionado en la sección anterior, el indicador de cobertura de afiliación al SGSSS se carga mensualmente en el aplicativo SINERGIA del DNP por la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones (DROASRLP). De manera adicional, el comportamiento anual entre 1995 y 2016 de la cobertura se publica en la web⁴⁹ y también se dispone del aplicativo “Cifras del Aseguramiento en Salud”⁵⁰ para consulta dinámica y desagregación geográfica.

A continuación se resume la información de cobertura nacional para el último cuatrienio:

Cuadro 34. Afiliación y cobertura nacional 2014–2017.

Año	Subsidiado (A)	Contributivo (B)	R. Especiales y Excepción (C)	Total afiliados D=A+B+C	Población DANE (E)	Cobertura (%) D / E
2014	22.882.669	20.760.123	2.402.307	46.045.099	47.661.787	96,6
2015	23.179.801	21.453.376	2.402.307	47.035.484	48.203.405	97,6
2016	22.171.463	22.199.204	2.260.693	46.631.360	48.747.708	95,7
2017	22.434.577	22.045.454	2.287.296	46.767.327	49.291.609	94,9

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, Proyecciones de población DANE. Cálculos: Dirección de Aseguramiento – MSPS.

⁴⁹ Disponible en la web Minsalud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/serie-departamental-afiliados-contributivo-2005-2016.zip>

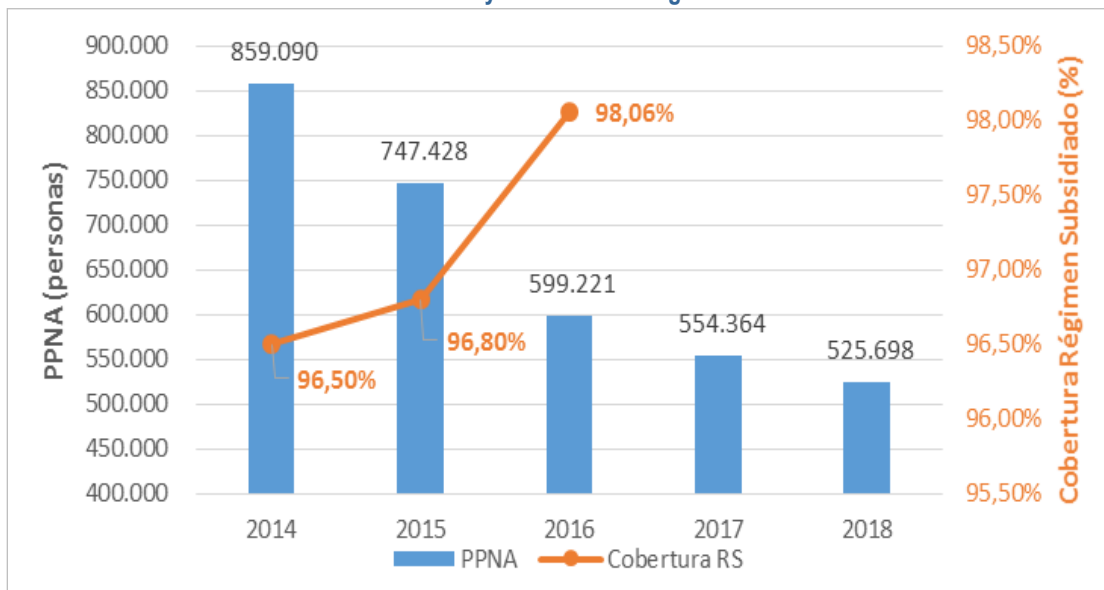
⁵⁰ Disponible en la web Minsalud:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Entre 2014 y 2017 el comportamiento de la afiliación y la cobertura ha presentado dos momentos diferenciados; un crecimiento del número de registros de afiliados seguido de una corrección en el crecimiento de la afiliación, explicada por la intervención de las fuentes de información para mejorar su confiabilidad. Este proceso de depuración hace que las cifras de aseguramiento en salud a nivel nacional sean cada vez más precisas y confiables. El comportamiento de la cobertura en el año 2017 representó leve reducción según la medición nacional. Por su parte, la información del DANE que se usa para el cálculo de la cobertura, tiene como denominador las proyecciones poblacionales, las cuales son un producto de un ejercicio con técnicas estadísticas y demográficas, que tiene como base el censo de población llevado a cabo en 2005. La realización del censo en curso debe dar una base de población más precisa que permita mejorar la estimación.

No obstante lo anterior, la cobertura actual está cercana a la universalidad y se ha complementado con medidas para inclusión de la Población Pobre No Afiliada (PPNA) al sistema, como se evidencia en el incremento en cobertura del régimen subsidiado (ver ilustración). Se recomienda en el mediano plazo revisar alternativas de focalización y prestación de los servicios que permitan garantizar la cobertura del 100% de la población, así como fortalecer las medidas implementadas para la cobertura de la población migrante de Venezuela.

Ilustración 35. PPNA 2014-2018 y cobertura del régimen subsidiado 2014-2016



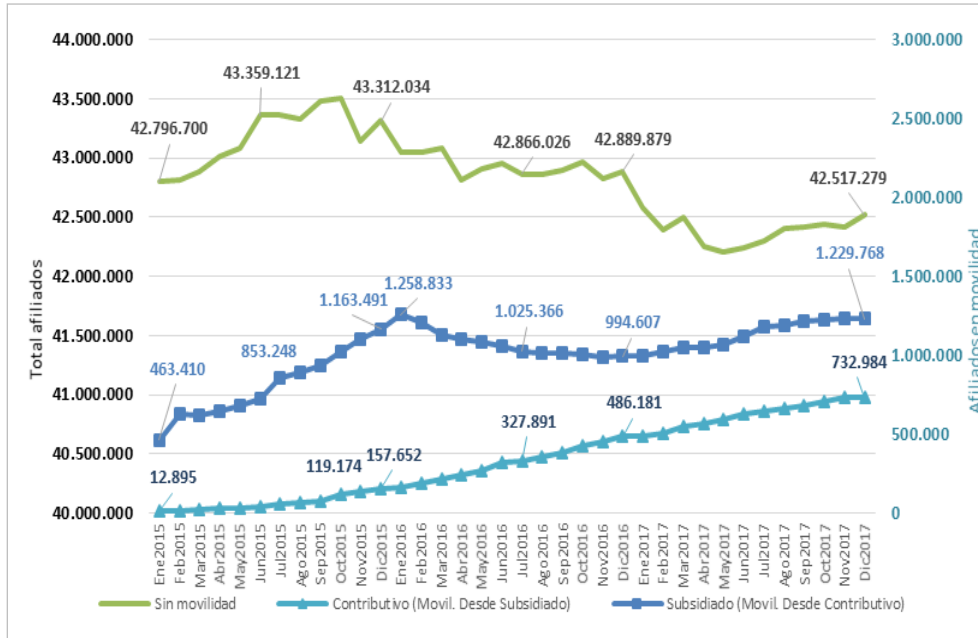
Fuente: BDU. Cálculos MSPS.

Movilidad

La movilidad entre regímenes se definió en el Artículo 55 del Decreto 2353 de 2015 y se compila en el Artículo 2.1.7.7 del Decreto 780 de 2016⁵¹. A partir de su reglamentación se ha encontrado una tendencia creciente a su utilización y en los meses recientes una estabilización en el agregado mensual (ver ilustración siguiente), siendo mayor la movilidad desde el régimen contributivo al subsidiado (descendente) que el cambio de afiliación en la otra dirección (ascendente).

⁵¹ La movilidad se trata en el Decreto 780 de 2016, Art. 2.1.7.7: "La movilidad es el cambio de régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales [...]. En virtud de la movilidad, los afiliados descritos en el inciso anterior podrán cambiar de un régimen a otro con su núcleo familiar, sin solución de continuidad, manteniendo su inscripción en la misma EPS."

Ilustración 36. Total de afiliados y movilidad 2015–2017

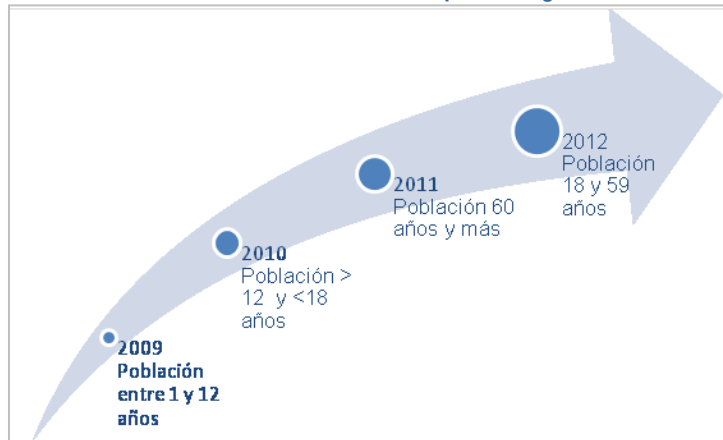


Fuente: Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)

4.2 Unificación del plan de beneficios

Las inequidades existentes entre los regímenes contributivo y subsidiado y la falta de una actualización integral del plan de beneficios habían sido advertidas por distintos estamentos sociales y estatales, incluida la Corte Constitucional⁵². Es así como en los años anteriores se centraron buena parte de los esfuerzos en la unificación, actualización y ampliación del plan. Varios acuerdos y normas expedidos hasta el 2012 permitieron la unificación y ampliación del plan. Desde julio de ese año, los millones de colombianos afiliados al régimen subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los del contributivo.

Ilustración 37. Unificación de beneficios para el régimen subsidiado



Fuente: Elaboración propia Minsalud

⁵² En especial a través de la Sentencia T-760 de 2008.

Con la unificación total, en el sistema de salud colombiano ya no existen pacientes de primera y segunda categoría. Sin distinción de clases, todos pueden acceder a un plan de beneficios en salud que se mantiene al día con los avances científicos a nivel mundial; con ello, el sufrir una enfermedad que exige tratamientos costosos no implica una angustia adicional para las familias. En este mismo sentido, durante los últimos años se mantuvieron los esfuerzos para garantizar los recursos necesarios que dan continuidad y sostenibilidad a la igualación del plan de beneficios así como a la actualización y ampliación del mismo.

4.3 Actualización del plan de beneficios en salud

En el siguiente cuadro se presentan los resultados de las actualizaciones puntuales e integrales desde 2010 a 2017, como resultado de las acciones para garantizar el derecho a la salud:

Cuadro 35. Resultados de actualizaciones del plan de beneficios. Cuatrienio 2014 – 2018

Inclusiones				
Año	Procedimientos	Principios activos	Dispositivos	Total
2010	2	2	-	4
2011	44	69	6	119
2012	1	1	-	2
2013	5	56	2	63
2014	10	1	-	11
2015*	62	129	8	199
2016	-	-	-	-
2017****	32	78	2	112
Subtotal	156	264	12	510
Aclaraciones				
Año	Procedimientos	Principios activos***	Dispositivos	Total
2013**	279	268	0	547
2015***	268	229	0	497
2016	-	46	1	47
2017****	-	-	-	-
Total	547	543	1	1.091

Fuente: MSPS. Dir. Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas

Notas: Téngase en cuenta que la medida regulatoria se expide al finalizar una vigencia para que entre en aplicación en la siguiente.

* Se avanzó decididamente hacia un plan de beneficios de forma implícita. El 75% del plan de beneficios con corte a 2015 es implícito a nivel de concentraciones y cuenta con 12 grupos de medicamentos.

** Las actualizaciones de 2013 y 2015 se realizaron desde la perspectiva de principio activo, agrupamientos y comparadores.

*** En 2015 se debe incluir 27 principios activos correspondientes a la aplicación del artículo 132 de la Resolución 5521 de 2013.

**** Corresponde al detalle de los 32 análisis presupuestales realizados y considera la actualización de la CUPS. No considera la cobertura implícita.

Teniendo en cuenta que una persona puede utilizar una o varias tecnologías en salud, se calcula la población beneficiaria de las actualizaciones del último cuatrienio así: i) actualización 2013–2014: 2.070.035; ii) 2015–2016: 5.469; iii) 2017–2018: 1.691.715.

Actualización integral. Resolución 5521 de 2013 (para aplicación a partir del 1º de enero de 2014)

Resultados de la actualización integral: Inclusión de 5 procedimientos, 56 principios activos incluidos y 2 dispositivos. Total: 63 inclusiones.

Cuadro 36. Cobertura de beneficiarios con las inclusiones al POS

Patologías	Beneficiarios
Trastorno o enfermedad mental	214.391

Patologías	Beneficiarios
Enfermedad cardiovascular	79.833
Cáncer	38.381
Enfermedades del metabolismo	412.153
Enfermedades gastrointestinales	406.382
Enfermedades inflamatorias	46.002
Enfermedades infecciosas	144.698
Enfermedades neurológicas	146.518
Trasplantes	635
TOTAL	1.488.993

Fuente: MSPS. Dir. de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas

En armonía con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se incluyeron tecnologías en salud relacionadas con las denominadas dimensiones prioritarias, así:

- Salud mental (Depresión y trastorno afectivo bipolar),
- Vida saludable y condiciones no transmisibles (cardiopatías isquémica e hipertensiva, epilepsia, esclerosis, artritis reumatoide).
- Condiciones crónicas prevalentes como el cáncer.
- Vida saludable libre de enfermedades transmisibles como la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

También se siguió la línea de diferenciación de coberturas por ciclos vitales para los niños, así:

Cuadro 37. Coberturas según grupos etarios (menores de 18 años)

Grupo etario	Coberturas
Prenatal a menores de 6 años	Atención prenatal
Prenatal a menores de 6 años	Programas de detección temprana
De 6 a 14 años	Programas de protección específica
De 14 a menores de 18 años	Atención de enfermedades de interés en salud pública
	Atención de la morbilidad neonatal
	Atención a hijos de madres VIH positivas
	Complementos nutricionales
	Atención de urgencias
	Atención para la recuperación de la salud
	Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual o con trastornos alimentarios
	Atención a menores con discapacidad
	Cobertura de implante coclear
	Cobertura de lentes externos y monturas
	Atención de cáncer
	Cariotipo
	Atención en salud mental
	Psicoterapia ambulatoria
	Atención con internación en salud mental

Fuente: MSPS. Dir. de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas

En cuanto a aclaraciones (desde la perspectiva de principio activo, agrupamientos y comparadores), el resultado fue de 279 procedimientos y 268 principios activos. En esta actualización no se excluyeron ni se suprimieron tecnologías en salud.

En materia de participación ciudadana se realizó consulta a través de distintas estrategias, así: i) Consulta virtual, 527 personas ordenaron las tecnologías para posible inclusión y 16 observaciones al correo institucional, las cuales fueron contestadas; ii) Encuentros regionales: 516 organizaciones inscritas al proceso; iii) Consensos de expertos: 57 expertos de 13 especialidades; iv) Se tomaron las observaciones y se analizaron sus aportes al proyecto de resolución.

Actualización puntual. Resolución 5926 de 2014 (para su aplicación a partir del 1º de enero de 2015)

Para esta actualización puntual, se mantuvo la ruta trazada de avance hacia un plan implícito de tal manera que se continuó con las siguientes líneas: Estudio de nuevas Tecnologías en Salud (TS) para posible inclusión al plan; ajuste de metodología y análisis de otros subgrupos terapéuticos de medicamentos; análisis de procedimientos por agrupación; análisis de criterios de exclusiones; actualización de estudios de necesidades en salud; establecimiento de métodos, procedimientos y herramientas para la presentación de solicitudes de inclusión de TS por actores del SGSSS y desarrollo del proceso de participación ciudadana para validación de criterios de priorización de tecnologías para la evaluación de tecnologías en salud.

Teniendo en cuenta una ruta extraordinaria para efectos de dar cumplimiento a Ley 1392 de 2010 se adelantó la identificación, selección y ordenamiento de las enfermedades de baja prevalencia (huérfanas o raras) más frecuentes para evaluación de ayudas diagnósticas, a partir del censo de estas enfermedades suministrado por la Cuenta de Alto Costo.

Como resultado, por medio de la Resolución 5926 de 2014 se realizó el ajuste al Anexo 01 Listado General de Medicamentos de la Resolución 5521 de 2013, para precisar algunos aspectos relacionados con el código ATC⁵³, principio activo, concentración, forma farmacéutica y aclaraciones. Con ello se logró un plan de beneficios más implícito y la eliminación de las interpretaciones subjetivas sobre las coberturas. Adicionalmente, no se excluyeron ni se suprimieron tecnologías en salud. También se logró que el 84% de los procedimientos 50% medicamentos y 100% de dispositivos según corresponda el procedimiento estuvieran cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y se benefició al 100% de la población afiliada a los regímenes subsidiado y contributivo.

En materia de participación ciudadana, de forma adicional a lo presentado anteriormente, se realizaron actividades para distintos frentes de intervención, así: i) socialización presencial de la Resolución 5521 de 2013 en 12 eventos con la participación de 484 personas; ii) reuniones con expertos clínicos y delegados de pacientes para la identificación de las pruebas estándar de oro en enfermedades huérfanas; iii) encuentros presenciales en 11 ciudades para la ponderación de los criterios de selección de tecnologías en salud a evaluar; los cuales contaron con la presencia de 287 participantes delegados de asociaciones de usuarios, pacientes, COPACO y comunidad médica; iv) Socialización de la herramienta Pos pópuli⁵⁴ y sus beneficios a través de la publicación en página web para acceso directo, mensajes en redes sociales, ruedas de prensa en medios masivos y encuentros presenciales en diversas ciudades.

Actualización integral. Resolución 5592 de 2015 (para su aplicación a partir del 1º de enero de 2016)

La actualización integral del 2015 dio cumplimiento a lo establecido en la Ley Estatutaria por continuar con la migración hacia un plan implícito, así:

- En cuanto a procedimientos, se realizaron aclaraciones de la cobertura de 268 procedimientos en salud.

⁵³ El código ATC es el código de clasificación anatómica-terapéutica-química asignado por el Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology de la OMS. El sistema ATC/DDD es una herramienta usada para investigar la utilización de los medicamentos con objeto de mejorar la calidad en el uso de los mismos. Un componente de esto es la presentación y comparación de estadísticas sobre consumo de medicamentos al nivel internacional y a otros niveles. En el sistema de clasificación ATC, los medicamentos se dividen en grupos diferentes conforme al órgano o sistema sobre el cual actúan, y a sus propiedades químicas, farmacológicas y terapéuticas (Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/Lists/Glosario/AllItems.aspx>).

⁵⁴ Con el propósito de llevar a toda la ciudadanía el conocimiento sobre los contenidos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el MSPS cuenta con el POS Pópuli, que es un sistema de búsqueda dispuesto en el sitio oficial web de este ministerio (<http://pospopuli.minsalud.gov.co/paginas/home.aspx>) para acceder a todo tipo de información relacionada con las coberturas y resolver inquietudes y necesidades de información de manera inmediata. Puede consultarse desde cualquier equipo computador o dispositivo móvil.

En desarrollo de la Circular 60 de 2015, este ministerio dispuso una herramienta virtual para que los ciudadanos se registren y puedan así ser convocados de forma ágil y oportuna a los procesos de participación ciudadana, en especial aquellos que tienen relación con la definición de las exclusiones y ampliación progresiva de tecnologías en salud de que trata el artículo 15 de la Ley Estatutaria. Por lo anterior, pueden registrarse accediendo al siguiente vínculo: <https://participacionciudadana.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/inicio.html>

- Se incluyeron diez tecnologías estándar de oro para el diagnóstico de enfermedades huérfanas.
- El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS, en el marco de los convenios suscritos con el MSPS, realizó 16 evaluaciones de tecnologías según los análisis de validez diagnóstica de las tecnologías en salud estudiadas para las enfermedades huérfanas. Así, no se encontró evidencia que permitiera concluir la validez diagnóstica para algunas tecnologías.
- Se beneficiaron 5.469 personas correspondiente a población de enfermedades huérfanas, en virtud de la ampliación de cobertura con 10 tecnologías estándar de oro para el diagnóstico de las enfermedades huérfanas incluidas en esta actualización.
- Se amplió el tiempo de cobertura de la fórmula láctea para hijos de madres infectadas por VIH de 6 a 12 meses.
- En cuanto a medicamentos, se realizaron aclaraciones de cobertura mediante agrupaciones de principios activos cubiertos en el plan de beneficios que permiten expresar la cobertura de cualquier principio activo que pertenezca a cualquiera de los 6 subgrupos que representan más de 35 principios activos.
- Mediante agrupaciones de principios activos a los que se les fija un valor máximo de reconocimiento (VMR) en la UPC que permite que cualquier principio activo que pertenezca a alguno de los seis subgrupos según la clasificación mundial ATC con VMR se considere cubierto en el plan de beneficios. Estos grupos representan más de 75 principios activos.
- Se establecieron los VMR para el cálculo de la UPC, así:

Cuadro 38. Valores Máximos de Reconocimiento (VMR)

Grupo VMR	Suficiencia por persona uso
A02BA - Antagonistas del Receptor H2	\$ 2.209,93
A02BC - Inhibidores de bomba de Protones	\$ 7.989,47
C07AA - Beta bloqueadores no selectivos	\$ 1.117,82
C08CA - Bloqueantes canales del calcio	\$ 6.335,12
C09AA - IECAs	\$ 4.113,91
C10AA - Inhibidores de la HMG CoA Reductasa	\$ 17.762,46

Fuente: MSPS

- Se realizaron aclaraciones de 27 principios activos que no se encontraban en el plan de beneficios y que por ser una alternativa efectiva desde la parte clínica y tener un valor menor o igual por tratamiento a las descritas en el listado el plan de beneficios, se consideran ahora cubiertas.
- Se aclaró la concentración y la forma farmacéutica de 229 medicamentos del plan, lo que permite expresar la cobertura para estos medicamentos en todas las concentraciones registradas en Colombia.
- Así, se encuentran cubiertas todas las formas de administración parenteral con lo que se avanzó hacia un plan de beneficios implícito, descrito por vía de administración y no por una forma farmacéutica específica.
- Con la expedición de una nueva CUPS⁵⁵ (Resolución 4678 de 2015), se pasó de 7.391 a 7.588 procedimientos codificados en el plan de beneficios con cargo a la UPC.

En materia de participación ciudadana:

- Se complementó con lo ejecutado en 2011 y 2013, al haberse dado continuidad a la metodología desarrollada y perfilada en dichos años, así como haberse tomado las tecnologías en lista de espera desde entonces, que habían surtido su proceso de validación con participación ciudadana.
- En aplicación de la Ley 1751 de 2015, se estructuraron modalidades de participación ciudadana y se expidió la Circular 060 con la que se promueve la participación directa y efectiva:
- Se inició el desarrollo del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, en la construcción e implementación del PTC para las exclusiones explícitas.
- Se realizó la modalidad de consulta presencial con expertos para la construcción del PTC de exclusiones (14 líderes de opinión) y sociedades científicas para la primera actualización de la CUPS en consenso con ellas

⁵⁵ Clasificación Única de Procedimientos en Salud

(Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología, Asociación Colombiana de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional, Asociación Colombiana de Radiología, Asociación de Bacteriólogos Javerianos, Colegio Nacional de Bacteriología, entre otros) en temas de laboratorio clínico, banco de sangre y medicina transfusional, radiología y asma, alergia e inmunología.

- En materia de diálogo constructivo deliberativo, 799 personas de siete ciudades participaron en la construcción del PTC de exclusiones.
- Recibo en físico de 36 nominaciones de tecnologías para posible ampliación del plan de beneficios en salud y consulta de proyectos de actos administrativos (CUPS, plan de beneficios).
- Asistencia técnica a 6 Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPS-I) acerca del cálculo diferencial de la UPC; gestión aunada a la expedición de dos folletos contentivos de los servicios y funciones de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento del MSPS y desarrollo de la participación ciudadana (“¿Sabías qué?”).
- Restructuración del sitio web para la presentación de los resultados de los diversos procesos e participación ciudadana adelantados en la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del MSPS; estandarización de mensajes en redes sociales; desarrollo de folletos y cartillas para convocar e informar sobre la construcción del Procedimiento Técnico-Científico y Participativo de Exclusiones-PTC; además de la publicación de los documentos de metodologías y resultados de la gestión de la Dirección.

Actualización puntual. Resolución 6408 de 2016 (para su aplicación a partir del 1º de enero de 2017)

En 2016 se finalizó un nuevo proceso de actualización del plan de beneficios avanzando hacia un plan más implícito e implementando la Ley Estatutaria. La actualización del plan también da cumplimiento a la orden 18 de la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, relacionada con la revisión anual de medicamentos genéricos y esenciales, así:

- Se aclaró la cobertura del plan de beneficios con cargo a la UPC para los pacientes diabéticos que se encuentren en manejo con insulina. Con ello, se entregan cada año glucómetro y lancetas y tirillas, de conformidad con lo que el médico tratante determine y de acuerdo con la guía de práctica clínica correspondiente. Con esta aclaración se beneficiaron 91.683 personas.
- Se aclaró la concentración de los medicamentos del PBS con concentraciones no explícitas que se agrupan por principio activo y forma farmacéutica en medicamentos equivalentes, lo que permitió expresar la cobertura del plan de beneficios para estos medicamentos en todas las concentraciones registradas en Colombia, con lo que se avanzó hacia un plan implícito descrito por vía de administración y no por una forma farmacéutica específica.
- Aclaración de cobertura de medicamentos mediante agrupaciones de principios activos a los que se les fija un VMR en la UPC para tres grupos y actualización del VMR para los seis grupos ya establecidos en la Resolución 5592 de 2015.
- Tras la realización de la aclaración de cobertura de cinco principios activos no cubiertos (correspondientes a ocho CUM) se consideraron financiados con la UPC en virtud de la aplicación del artículo 134 de la Resolución 5592 de 2015, ser alternativas clínicas efectivas y tener un valor menor o igual por tratamiento en comparación con otras tecnologías descritas en el listado del PBS con cargo a la UPC.
- Teniendo en cuenta que, para la vigencia 2016 se realizó la actualización integral de la CUPS -reflejada con la expedición de la Resolución 5975 de 2016– y que la descripción de los procedimientos del PBS con cargo a la UPC está en términos de CUPS, se realizó el análisis de las modificaciones registradas en la trazabilidad de la CUPS estableciendo que los servicios y tecnologías que no tuvieron modificación, así como aquellos que: i) tuvieron modificaciones semánticas en su descripción; ii) fueron reubicados según la estructura de la CUPS; iii) fueron desagregados de otro ya existente; o iv) se agruparon en uno solo; continuaron con la misma cobertura que tenían los procedimientos originales.
- Esta segunda actualización de los CUPS se realizó en consenso con sociedades científicas. Con la expedición de la nueva CUPS se pasó de 7.588 a 8.192 procedimientos. La población beneficiaria se calcula en 1.697.541

para patologías de VIH, cáncer, estreñimiento, asma, hipertensión arterial y se incluyeron tecnologías laparoscópicas.

En materia de participación ciudadana, se realizaron actividades que siguieron las instrucciones dadas en el manual metodológico de participación ciudadana, construido sobre la base de las modalidades de participación dentro del marco de derechos y deberes del MSPS y los participantes y la responsabilidad por la razonabilidad de los procesos participativos orientados a la toma de decisiones. Se adelantaron entonces las siguientes actividades:

- Publicación en repositorio web de 48 documentos con metodologías, análisis y resultados de la gestión de la Dirección.
- Socialización presencial de las resoluciones sobre Plan de Beneficios con cargo a la UPC y CUPS, 27 eventos en 13 ciudades (Bogotá; Santa Marta, Yopal, Leticia, Mocoa, Florencia, Quibdó, Cartagena, Pereira, Riohacha, San Andrés y Bucaramanga) con 2.316 participantes (usuarios y pacientes, comunidad científica y universitaria, EPS, IPS, entidades gubernamentales y otros).
- Asistencia técnica a EPS-I.
- Consultas presenciales para consensos para la actualización de la CUPS con sociedades científicas, así como reuniones iniciales con agremiaciones.
- Consulta no presencial que correspondió a la de nominación de tecnologías en salud para el plan de beneficios.
- Encuesta virtual acerca de las fases del procedimiento técnico-científico de exclusiones (266 participantes, en representación de todos los sectores;).
- Consulta no presencial de actos administrativos acerca de: i) la actualización de la CUPS y la modificación del respectivo manual (29 observaciones recibidas); ii) actualización integral del PBS con cargo a la UPC (4 observaciones recibidas); iii) Propuesta de medicación de los criterios e exclusión (5 observaciones recibidas).
- En materia de diálogo constructivo deliberativo, continuando la construcción del PTC y participativo de exclusiones, se realizaron dos encuentros regionales en ocho ciudades, (primer encuentro: Mitú, Barranquilla, Valledupar, Pereira, Bucaramanga, Cali, Medellín y Bogotá; segundo encuentro: Pasto, Barranquilla, Valledupar, Pereira, Bucaramanga, Cali, Medellín y Bogotá), con un total de 825 participantes.
- Consulta vía correo sobre criterios de exclusión: a 69 representantes de agremiaciones de la salud o instituciones de salud. A vuelta de correo se recibieron las observaciones de cinco de ellas, es decir el 7 %.

Actualización integral. Resolución 5269 de 2017 (para su aplicación a partir del 1º de enero de 2018)

En esta última actualización integral del plan de beneficios (Resolución 5269 de 2017) y de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS (Resolución 5171 de 2017) se continuó avanzando hacia un plan más implícito e implementando la Ley Estatutaria, así:

- Se incluyeron 112 tecnologías: 78 principios activos de medicamentos, 32 procedimientos y 2 dispositivos.
- Aunque son 112 inclusiones, en la práctica se trata de 278 nuevas opciones terapéuticas –varias tienen más de una indicación– que solas o en diferentes combinaciones permiten la atención de 137 patologías.
- Esta actualización incluye, entre otras tecnologías, las laparoscopias más utilizadas por los médicos en Colombia; complementos para el tratamiento del VIH y diversos tipos de cáncer (nuevas formas de quimio y radioterapia); y medicamentos para la prevención y el manejo agudo de la migraña, el estreñimiento, la hipertensión arterial pulmonar, el asma en niños y el trastorno obsesivo compulsivo.
- La actualización integral priorizó las tecnologías según la carga de enfermedad y las que fueran primera línea de tratamiento. Así mismo, eliminó algunas aclaraciones o excepciones susceptibles de fragmentar la atención o de convertirse en barreras de acceso. Por ejemplo, autorizó todas las indicaciones autorizadas en el país para ciertos medicamentos.
- Con la expedición de la nueva CUPS, Resolución 5171 de 2017, se pasó de 8.192 procedimientos a 9.761 procedimientos.

- En cuanto a mecanismo de protección colectiva, están cubiertos alrededor de 85% de procedimientos y 50% de medicamentos; los dispositivos están cubiertos al 100% según corresponda el mecanismo de protección asociado a los procedimientos.
- En cuanto al mecanismo de protección individual, están cubiertos alrededor de 15% de procedimientos, 50% medicamentos; los dispositivos están cubiertos al 100% según corresponda el mecanismo de protección asociado a los procedimientos.

En materia de participación ciudadana, en 2017 se continuó con la estandarización y mejora del respectivo proceso y para ello se efectuó lo siguiente:

- Consulta presencial de expertos de sociedades para la actualización de la CUPS; sesiones técnico-científicas de expertos y consulta a pacientes potencialmente afectados y ciudadanía para el procedimiento de exclusiones, con un total de 721 participantes.
- Consulta no presencial adelantada en términos de nominaciones y objeciones a las tecnologías para posible exclusión del momento I y II de 2017, con un total de 75 y 31 tecnologías nominadas en cada momento.
- Para la ampliación del plan de beneficios con cargo a la UPC se recibieron 66 nominaciones efectivas de 137 recibidas; publicación de proyectos de actos administrativos de CUPS, plan de beneficios y el listado de exclusiones.
- Se adelantó el desarrollo de una herramienta virtual Mi Vox-Pópuli que apoya el proceso de participación desde el registro de los participantes (personas naturales y jurídicas) y teniendo como visión que paulatinamente se desarrollen otros módulos que permitan interactuar a los participantes con el MSPS a través de dicha herramienta para todos los procesos misionales.
- Se publicaron 36 documentos técnicos en el sitio web del Ministerio y se trabajó en la consolidación de un folleto.
- En las sesiones de socialización sobre el plan de beneficios, CUPS y el PTC, se abarcaron temas de cómo participar, deberes y derechos de participación, con un total de 1.295 participantes.
- La Circular 060 de 2015 se expidió con el propósito de implementar el desarrollo de la estrategia de participación ciudadana, con fundamento en los artículos 2 y 15 de la Ley 1751 de 2015. Esta norma es aplicable a todos los procesos participativos que adelanta la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del MSPS.

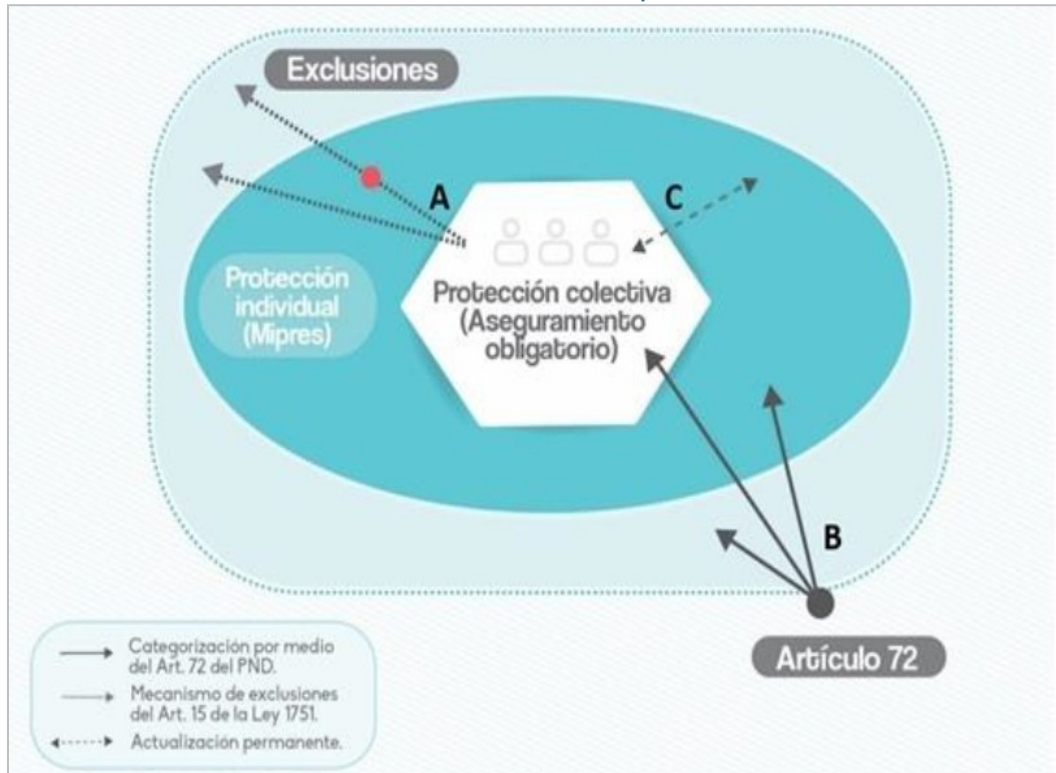
4.4 Implementación de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud (LES)

La Ley Estatutaria de Salud (LES) es la primera ley de un derecho fundamental social que, entre otras cosas, sienta las bases para una definición justa y sostenible de los beneficios.

La reglamentación de la LES ha permitido avanzar en el sentido de la coherencia. Bajo este mandato, el país ha venido ordenando la cobertura del sistema público de salud, definiendo qué se cubre y qué no se cubre, y de qué manera se paga (diferencialmente) por lo cubierto. Este reordenamiento implicó ajustes frente a la definición de las prestaciones cubiertas.

Es así como, en cumplimiento de la LES, el Ministerio desarrolló una estrategia para materializar el derecho fundamental a la salud, principalmente a través de tres mecanismos de protección (en la ilustración siguiente: protección colectiva –hexágono blanco, protección individual-elipse verde oscura y exclusiones-zona verde clara). En un primer mecanismo están las prestaciones de servicios en salud colectivas que cubren aquellos servicios y tecnologías en salud en donde es posible mancomunar los riesgos individuales asociados al uso de las mismas. Se refiere en particular, al aseguramiento social en salud, el cual se financia de forma *ex-ante* con los recursos de la unidad de pago por capitación (UPC).

Ilustración 38. Mecanismos de protección



Fuente: Elaboración propia MSPS

MiPrescripción-MIPRES, para servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios

En línea con lo anterior, en un segundo mecanismo está la protección de las prestaciones individuales, que son aquellas a las que acceden los usuarios una vez se han agotado las opciones previstas en el aseguramiento obligatorio o se ha identificado por parte del profesional de la salud, que resulta pertinente la prescripción de una tecnología o servicio no financiado con cargo a la UPC. En este sentido, el MSPS había expedido la Resolución 3951 de 2016 con fundamento en los artículos 6, 8, 15, 17 y 19 de la Ley Estatutaria. Dicha resolución, eliminó los Comités Técnico-Científicos (CTC) y creó MIPRES.

La eliminación de los CTC y la puesta en marcha del aplicativo en línea MIPRES es la respuesta dada por el MSPS al artículo 8 de la LES que ordena proveer servicios de manera completa. Igualmente al 17, que garantiza la autonomía profesional, así como al 15, que garantiza la prestación de servicios y tecnologías de manera integral.

Los CTC –cuya eliminación progresiva comenzó desde 2016– se encargaban de evaluar la autorización de tratamientos que no estuvieran incluidos en el plan de beneficios en salud. Su eliminación fortalece la autonomía médica (la opinión del médico tratante no debe ser sometida a otra instancia) y mejora la oportunidad en la atención, en la medida que esta no se fragmenta ni dilata por cuenta de trámites administrativos.

El aplicativo MIPRES permite al médico tratante elaborar la prescripción y enviarla a la EPS para que realice el suministro al paciente y éste pueda reclamar los servicios o tecnologías (medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, productos nutricionales o servicios complementarios).

El lanzamiento de la plataforma MIPRES representa una oportunidad para gastar menos tiempo en trámites. Si se necesita un medicamento que no está en el plan de beneficios, el médico no tendrá que pedirlo a un CTC; bastará

con que lo registre en la plataforma MIPRES. MIPRES nace de la necesidad de eliminar barreras que prolongaban los tiempos para autorizar medicamentos. Con MIPRES se reitera la autonomía médica porque el especialista es quien decide si autoriza el medicamento.

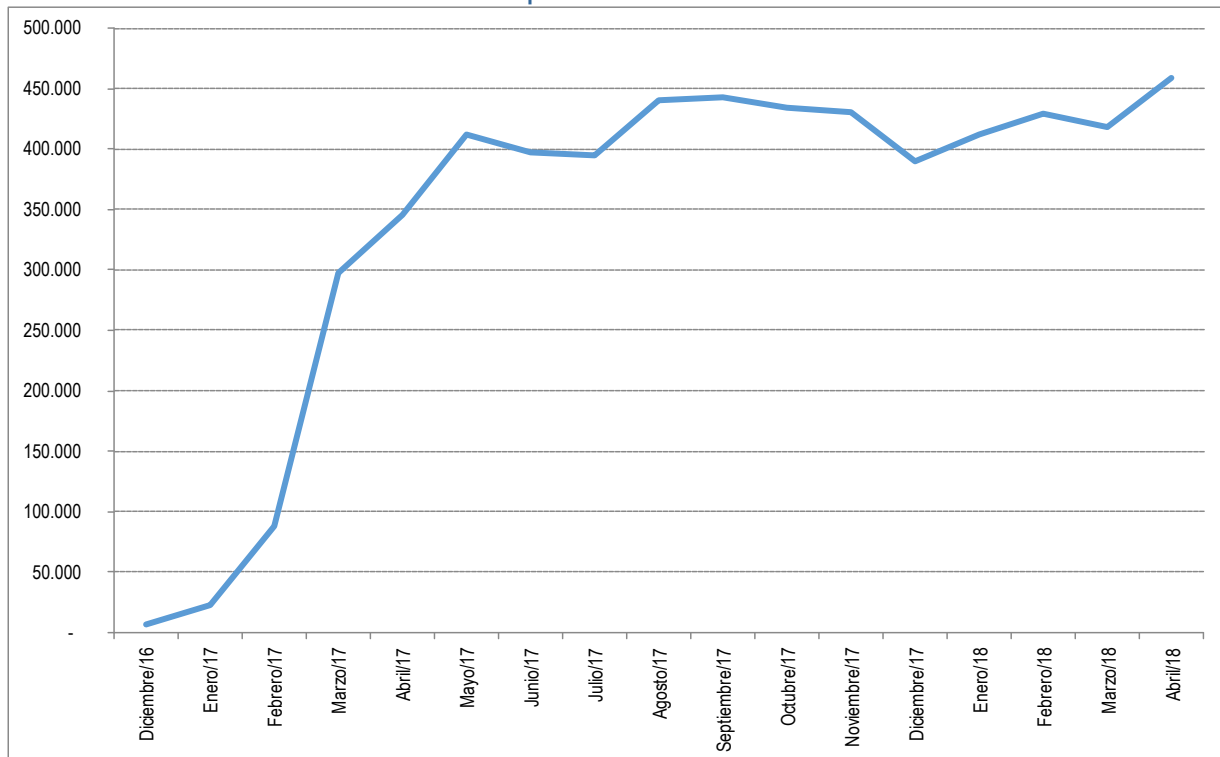
Para utilizarlo los médicos deben estar inscritos ante el Registro Único de Talento Humano en Salud -ReTHUS. Este registro equivale a un sistema de información para consultar y verificar quiénes están autorizados para ejercer una profesión de la salud en Colombia. Los médicos validan allí que cumplieron con los requisitos académicos para poder ejercer su labor. En el ReTHUS se encuentra la información histórica de los profesionales de la salud inscritos para ejercer por parte de las secretarías departamentales de salud o que hayan recibido del MSPS su tarjeta profesional. Estas personas no requieren realizar un nuevo registro ni la expedición de una nueva tarjeta profesional.

Los médicos que no se encuentren en el ReTHUS por falta de reporte de las secretarías departamentales de salud o por pérdida de información tendrán que presentar la novedad ante el Colegio Médico Colombiano con la respectiva documentación para ser incluidos en el registro.

Tanto médicos, como odontólogos y optómetras pueden consultar si se encuentran inscritos en el ReTHUS a través del sitio <http://web.sispro.gov.co>. Allí mismo, aquellos profesionales que han sido autorizados para ejercer pero no aparecen en el registro encuentran las orientaciones para actualizar su inscripción.

El mecanismo comenzó a operar el 1 de diciembre de 2016. En la actualidad, se realizan alrededor de 450 mil prescripciones por mes a través del aplicativo y se han beneficiado cerca de dos millones de pacientes desde el inicio de su operación (ver ilustración siguiente).

Ilustración 39. Prescripciones mensuales a través de MiPres.



Fuente: MSPS.OTIC. Boletín MiPres en cifras.

A continuación, se resumen sus bondades:

- El uso de la herramienta ha generado conciencia en la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC por parte de los profesionales de la salud, es decir ejercer la medicina con autonomía y autorregulación.
- MIPRES ha fortalecido la toma de decisiones consciente y pertinente de cara a los tratamientos que se requieren instaurar; es decir, a usar lo que se necesita cuando se requiere, indicando las razones que lo favorecen.
- A través de MIPRES se han reducido los costos de transacción tanto para los pacientes como para los prescriptores, prestadores y EPS.
- La implementación de MIPRES disminuye las barreras de acceso para los usuarios y por lo tanto mejora la oportunidad para instaurar los tratamientos médicos.
- Al MSPS le reduce los costos de transacción de monitoreo, pues permite realizar una evaluación de las prescripciones de tecnologías pagadas directamente con recursos de la ADRES, al tiempo que genera un mecanismo de autorregulación en los prescriptores.
- Con MIPRES se cuenta con información más oportuna y disponible que permite la retroalimentación al interior de las instituciones en pro de mejorar la salud de los colombianos.
- El aplicativo es amigable y fácilmente utilizable, en tiempos razonables dentro de los procesos de prescripción ambulatoria y hospitalaria.

4.4 Procedimiento Técnico Científico y participativo de exclusiones explícitas para pago con recursos de la salud

Un tercer mecanismo es el mecanismo de exclusiones, desarrollado para implementar lo señalado en el mencionado artículo 15 de la Ley Estatutaria, es decir, aquellos servicios y tecnologías que no serán cubiertas con recursos del sistema, de conformidad con los criterios establecidos en el artículo ya mencionado. Así las cosas, todo servicio y/o tecnología que no se encuentre previamente excluido por un procedimiento técnico-científico se entenderá como financiado con recursos públicos asignados a la salud. El MSPS es el encargado de coordinar las actuaciones que se surtan en desarrollo del procedimiento de exclusiones a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento.

Como se señaló arriba, la Ley Estatutaria en Salud ordena en el artículo 15 que los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías y que deberán excluirse en forma explícita, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad, cuando se advierta alguno de los siguientes criterios:

- Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.
- Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica.
- Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente.
- Que se encuentren en fase de experimentación.
- Que tengan que ser prestados en el exterior.

Este proceso inició en 2015 según lo siguiente:

Metodología de construcción del PTC

Primer paso: La construcción e implementación del PTC para las exclusiones explícitas, se cumplió de la siguiente manera entre los años 2015 y 2017, respectivamente:

- Fase 0: Información relevante local e internacional sobre el tema de inclusión / exclusión de prestaciones de salud, participación ciudadana y “operacionalización” de criterios de exclusión.
- Fase 1: Recolección de insumos para el procedimiento técnico-científico.
- Fase 2: Construcción de la propuesta de procedimiento técnico-científico.
- Fase 3: Concertación y validación del procedimiento técnico-científico.
- Fase 4: Operacionalización de los criterios de exclusión.
- Fase 5: Documentación del procedimiento técnico-científico de exclusiones.
- Fase 6: Implementación del procedimiento técnico-científico.

Segundo: La construcción del PTC concluyó con la Resolución 330 de 2017 que en el artículo 8 implementa el procedimiento de exclusiones compuesto por cuatro (4) fases:

1. Fase de nominación y priorización.
2. Fase de análisis técnico-científico.
3. Fase de consulta a pacientes potencialmente afectados.
4. Fase de adopción y publicación de las decisiones.

Tercero: La aplicación del PTC quedó plasmada en la Resolución 5267 de 2017, por la cual se adopta el primer listado de 43 tecnologías a excluir de financiación con recursos públicos asignados a la salud.

Finalmente hay que señalar que la Resolución 330 de 2017 fue modificada posteriormente por la Resolución 687 de 2018.

Ajustes a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Durante los últimos años, se mantuvieron los esfuerzos para garantizar los recursos que dan continuidad y sostenibilidad a la igualación del plan de beneficios así como la actualización y ampliación del mismo. El siguiente cuadro resume las acciones en materia del ajuste a la unidad de pago por capitación (UPC) o prima del mecanismo de protección colectiva, en el cuatrienio:

Cuadro 39. Variación de la UPC en el cuatrienio

Vigencia de aplicación	Detalle
2014:	Norma: Resolución 5522 de 2013; Resolución 1952 de 2014; Resolución 5729 de 2014 UPC – RC: \$ 593.978,40 Variación: 4,40% UPC – RS: \$ 531.388,80 Variación: 4,40%
2015:	Norma: Resolución 5925 de 2014; Resolución 5968 de 2014 (pruebas piloto de igualación de primas puras de la UPC del subsidiado al contributivo) UPC – RC: \$ 629.974,80 Variación: 6,06% UPC – RS: \$ 563.590,80 Variación: 6,06%
2016:	Norma: Resolución 5593 de 2015 UPC – RC: \$ 689.508,00 Variación: 9,45% UPC – RS: \$ 616.849,20 Variación: 9,45%
2017:	Norma: Resolución 6411 de 2016

Vigencia de aplicación	Detalle
	UPC – RC: \$ 746.046,00 Variación: 8,20% UPC – RS: \$ 667.429,2 Variación: 8,20%
2018: (vigencia de aplicación: actual)	Norma: Resolución 5268 de 2017 UPC – RC: \$ 804.463,20 Variación: 7,83% UPC – RS: \$ 719.690,4 Variación: 7,83%

Fuente: Cálculos MSPS

En la última vigencia, de acuerdo con la Circular 047 de diciembre de 2017, para la vigencia 2018 se fijó el incremento de la Unidad de pago por capitación (UPC) en 7,83%⁵⁶, del cual el 3,73% corresponde a la actualización integral de los beneficios en salud y el 4,1% al incremento de los servicios que se venían prestando. El incremento en los servicios tuvo en cuenta una inflación esperada del 3,5%.

Entre tanto, para definir el ajuste en el valor de los servicios de salud para la vigencia 2018, de conformidad con las normas vigente, las entidades promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS) deben sujetarse a los siguientes criterios:

- El incremento se aplicará sin excepción a todas las IPS públicas o privadas.
- Los incrementos que se efectúen deberán ser equitativos, de manera que a servicios homogéneos y de igual calidad, el incremento sea igual.
- Las negociaciones pueden hacerse de manera global o de manera individual con cada IPS teniendo en cuenta los servicios y demás suministros que prestan.
- El incremento deberá guardar proporcionalidad con el ajuste que se reconozca para mantener el valor adquisitivo de la UPC.
- Los términos de la negociación deberán observar el régimen de control de precios que señale la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM).
- Para toda clase de contratos, en particular los de la modalidad per cápita, se debe pactar el suministro de información detallada, de tal forma que permita el reporte oportuno de los datos respectivos al MSPS.

Además existen las siguientes consideraciones relacionadas con el cálculo de la UPC o prima que el SGSSS reconoce a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los beneficios en salud contenidos en el mecanismo de protección colectiva:

- Se hace sin distinción o segmentación alguna por servicios o tecnologías en salud, niveles de complejidad, aseguradoras, clase de prestadores de servicios de salud u observando las diferentes modalidades de pago y contratación de servicios.
- El incremento del valor de la UPC se calcula considerando la inflación esperada y los diversos grupos de riesgo de edad, sexo y zona geográfica. Esto es cerca de 154 UPC o primas de aseguramiento colectivo. Entre otras consideraciones, estas primas tienen valores diferenciales por zona geográfica (4), así como por grupos de edad y sexo (14). Esto sin tener en cuenta los valores adicionales o diferenciales del régimen subsidiado. El incremento de la UPC y los datos por EPS y régimen en que operan tienen carácter de informativo y, en ese contexto, el MSPS no interviene en las relaciones entre los responsables de pago y los prestadores de servicios

⁵⁶ Según la Resolución 5268 de 2017. De esta manera, el Gobierno completa, entre otras tecnologías, los medicamentos de primera línea para la atención del cáncer y el VIH en niños y adultos, las radioterapias conformacional y de intensidad modulada, algunos procedimientos por vía endoscópica, los medicamentos para la prevención de tromboembolismo venoso profundo en remplazo de cadera y los medicamentos de primera línea para el manejo del estreñimiento en niños y adultos, para el manejo de la enfermedad de Alzheimer, para la prevención y el manejo de la migraña, y para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar; también se amplía la financiación del stent medicado y del kit de oostomía, según la Resolución 5269. Cabe señalar que el ministerio –con base en la información de los actores- calcula cerca de 154 UPC o primas de aseguramiento colectivo.

de salud, las cuales pueden darse en distintas modalidades que originan variación de los incrementos y los cuales pueden estar asociados a diversos factores. En todo caso, para la contratación caso las EPS e IPS debe soportarse en notas técnicas, de conformidad con la Resolución 5268 de 2017.

En materia en materia de igualación entre el régimen subsidiado y contributivo, se resalta lo siguiente:

En el régimen contributivo:

- Se reconoce una prima adicional del 10% a 363 municipios catalogados como zona especial.
- Se reconoce una prima adicional de 9,86% a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico, Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.
- Se reconoce una prima adicional del 37,9% en el departamento de Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (zona alejada)

En el régimen subsidiado:

- Se reconoce una prima adicional del 11,47% a 363 municipios catalogados como zona especial.
- Se reconoce una prima adicional de 15% a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Bello, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias Distrito Turístico, Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.
- Al igual que en el contributivo, se reconoce una prima adicional del 37,9% en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. (zona alejada),

4.5 Consolidación de la Política Farmacéutica Nacional (PFN)

Las expectativas y las demandas de la población colombiana son cada vez mayores. El aumento de la clase media colombiana ha provocado que se aspire a tener acceso a servicios de calidad y nuevas tecnologías en salud disponibles en el mundo desarrollado. Adicionalmente, la judicialización ha impedido la incorporación ordenada de las nuevas tecnologías. En el país también se han pagado precios más altos por medicamentos que, por ejemplo, en el continente europeo. En suma, la presión demográfica, tecnológica y los altos precios de los medicamentos son una amenaza para la sostenibilidad del sistema de salud.

No obstante lo anterior, la política farmacéutica en Colombia (implementada desde el CONPES 155 de 2012 y que ya ha sido reconocida internacionalmente) dispone de algunos instrumentos para hacer frente a estos problemas. El control de precios de medicamentos, las compras centralizadas, los avances en la promoción de la competencia y la transparencia en las relaciones de valor entre actores del sector salud y la industria farmacéutica y de tecnologías en salud han aportado a la sostenibilidad del sistema y a la democratización del acceso.

Regulación de precios de medicamentos y dispositivos

Desde mayo de 2013 se ha implementado por parte de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMMD) una política de regulación de medicamentos basada en la referenciación internacional de precios, donde se comparan los niveles de los costos de los medicamentos en Colombia con una

canasta de 17 países. En este marco, se emitió por parte de este Ministerio la Resolución 718 de 2015 y se expidió por parte del MSPS y MinComercio el Decreto 705 de 2016.

Para el periodo 2013 -2018 se han regulado 1.031 medicamentos que han representado una reducción promedio del 42.6% de su precio, por lo tanto se han generado ahorros para el SGSSS de \$4.283.333 millones desde septiembre de 2013 hasta marzo de 2018. Por año, esta cifra se distribuye así:

Cuadro 40. Ahorro por concepto de regulación de precios de medicamentos

2013 (Sep.-Dic.)	2014	2015	2016	2017	2018 (a Mar.)	Total
\$186.381,9	\$ 1.046.743,3	\$ 1.146.249,5	\$ 956.763,3	\$ 946.901,1	\$ 293.810,2	\$4.283.332,9

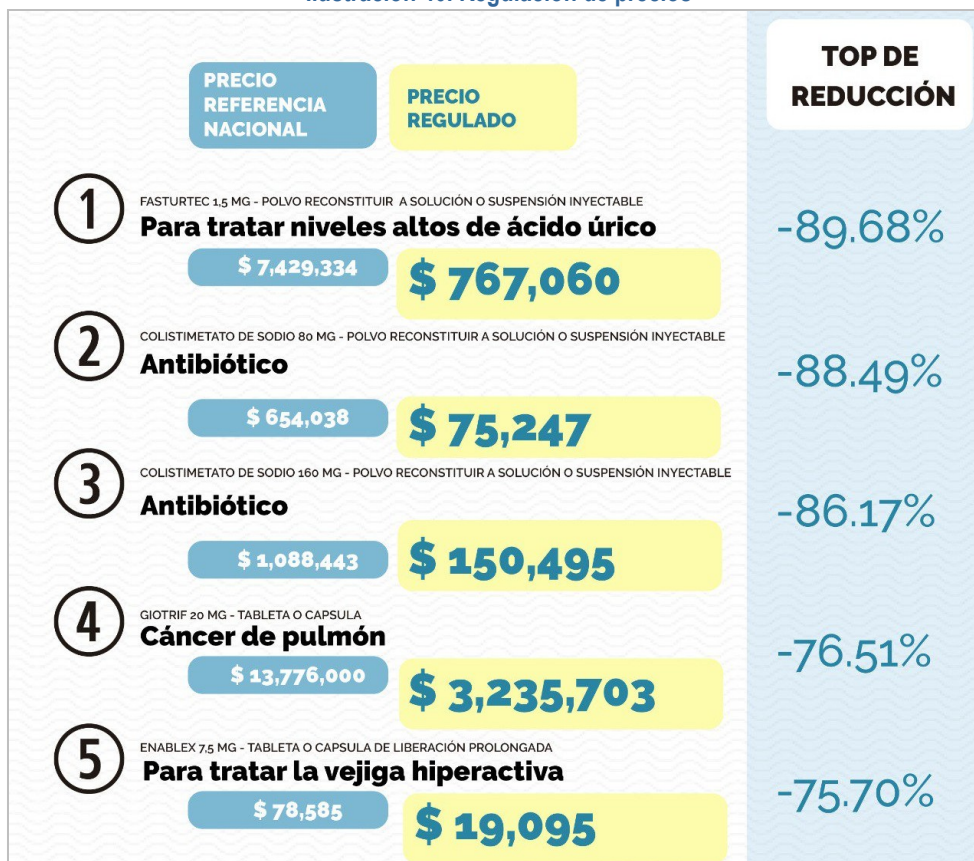
Fuente: Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud – MSPS

Nota: Cifras en millones de pesos

La reducción progresiva en el ahorro se da porque los precios de los medicamentos regulados en 2013 y 2014 fueron ajustados por IPC entre 2015 y 2017. En diciembre de 2017 se realizó actualización de precios a partir de la referenciación internacional, generando una reducción adicional del 7% y ahorros anuales proyectados de \$53.000 millones de pesos. Entre los nuevos fármacos se incluyen tratamientos contra el cáncer, antibióticos y anticonceptivos (por ejemplo, la llamada “píldora del día después” ha ingresado a la lista). La decisión de reducir el precio a estas tecnologías tuvo en cuenta diversas variables, pero fundamentalmente su importancia epidemiológica y su elevado precio en comparación con los 17 países que Colombia tiene como referencia. Tras la regulación, el país pasa a ser el tercero o cuarto con el precio más bajo entre los 17.

Algunos ejemplos de altas reducciones en los precios se ilustran a continuación:

Ilustración 40. Regulación de precios



Fuente: Cálculos propios MSPS

Producto de todo lo anterior, se ha observado que el gasto en medicamentos como proporción del gasto en salud ha pasado del 23,4% en 2013 al 22% en 2016, lo que indicaría que parte del ahorro se destina a otras actividades en salud.

Por otra parte, también están disponibles las llamadas flexibilidades a los acuerdos sobre propiedad intelectual. Muchas agencias multilaterales han instado a los países a usarlas pero en la práctica existen obstáculos. En este sentido, el Ministerio adelantó un proceso para la fijación de un menor precio para el fármaco patentado imatinib, utilizado para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica y otros tipos de cáncer, dando respuesta a una solicitud presentada por la sociedad civil.

El imatinib había ingresado al mercado colombiano en un contexto de libre competencia pues la Superintendencia de Industria y Comercio negó la patente en 2003. Sin embargo, esta fue otorgada en 2012 por orden del Consejo de Estado, lo que dio origen a un monopolio que provocó un aumento del valor del medicamento. En 2016, el MSPS presentó una propuesta a la empresa propietaria de la patente para renegociar el precio vigente. Aunque el laboratorio inicialmente la rechazó, el Ministerio mantuvo abiertas las negociaciones sin que se llegara a un acuerdo.

Es así como, en un hecho sin precedentes, el Ministerio decidió solicitar la fijación del precio teniendo en cuenta las razones de interés público sin desconocer la patente otorgada por el Consejo de Estado. El valor máximo de venta se determinó a través de la metodología establecida en la Circular 03 de 2016 y se fija el respectivo precio mediante la Circular 04 de 2016. Para mayores detalles sobre regulación de precios, se sugiere consultar el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/medicamentos-regulacion-precios.aspx>

En cuanto a dispositivos médicos, en el año 2015 la CNPMDM reguló los stents coronarios medicados, generando ahorros por cerca de \$23.000 millones de pesos anuales y se sometieron a libertad vigilada los dispositivos endovasculares coronarios y los dispositivos anticonceptivos. Para mayor información se sugiere consultar el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/control-precios-dispositivos-medicos.aspx>.

Producción local de biosimilares, compra pública para la innovación y promoción de genéricos

Como parte de las políticas encaminadas a la regulación del sector, se encuentra la promoción de competidores de medicamentos biotecnológicos, así mismo se ha consolidado la rectoría del mercado y se ha ampliado la capacidad del Estado para disponer de los recursos necesarios y suficientes para promover la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y las tecnologías en salud, y la disminución de las barreras de acceso para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

En este sentido, se ha promovido la competencia en el mercado farmacéutico como mecanismo para generar ahorros sustanciales para el sistema de salud. Con la expedición del Decreto 1782 de 2014 se establecieron los mecanismos de registro de los medicamentos biosimilares, lo que permite la entrada de competidores al mercado colombiano y se espera que genere a mediano plazo ahorros anuales cercano a los \$600 mil millones de pesos.

Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos (Artículo 71 de la Ley 1753 de 2015)

La ley faculta al MSPS para establecer el mecanismo para adelantar negociaciones centralizadas. Como parte de las políticas orientadas a garantizar el acceso a los medicamentos por parte de la población residente en el territorio nacional, de la mano con las acciones requeridas para contribuir a la sostenibilidad financiera del SGSSS, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud, el MSPS mediante este mecanismo garantiza el acceso a los medicamentos por parte de la población residente en el territorio nacional.

La primera compra centralizada se realizó para adquirir tratamientos de la hepatitis C Crónica⁵⁷, para lo cual, se establecieron los criterios en la Resolución 1692 de 2017. Posteriormente, el MSPS adquirió los tratamientos a través del Fondo Estratégico de OPS, obteniendo un ahorro cercano superior a los 90 mil millones de pesos y un impacto positivo en el SGSSS. Dos tratamientos fueron incluidos en la negociación. Uno es el medicamento comercialmente conocido como Harvoni (combinación de las moléculas sofosbuvir y ledispavir), producido por la farmacéutica Gilead. El otro tratamiento es la combinación de Daklinza (daclatasvir) y Sovaldi (sofosbuvir), producidos por Bristol-Myers Squibb y Gilead, respectivamente. A continuación se ilustra el gasto sin compra centralizada y con el mecanismo de compra centralizada, así como la reducción de los precios:

Ilustración 41. Ahorros por compras centralizadas de medicamentos



Fuente: MSPS. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud

⁵⁷ La hepatitis C es actualmente un reto para los sistemas de salud en el mundo. El MSPS calcula que actualmente unos 400 mil colombianos tienen el virus, y unos 60 mil requerirán tratamientos hasta el 2030. Sin un mecanismo de compra distinto, tratarlos habría requerido una inversión de cerca de 7,8 billones de pesos en los próximos 14 años, cifra inviable para el sistema colombiano.

En este sentido, Colombia sigue avanzando en la meta de eliminar las hepatitis virales en el marco de los Objetivos y Metas de Desarrollo Sostenible 2030. Con ello se espera salvar por lo menos 17 mil vidas, distribuyendo los medicamentos a las distintas EPS y a cientos de pacientes prescritos vía MIPRES.

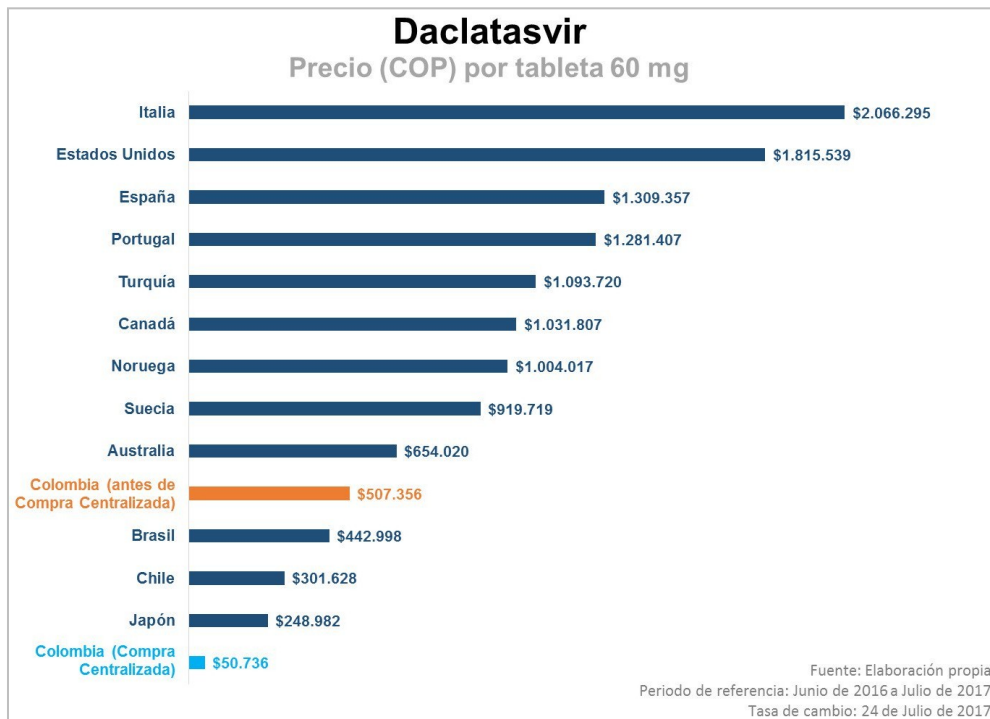
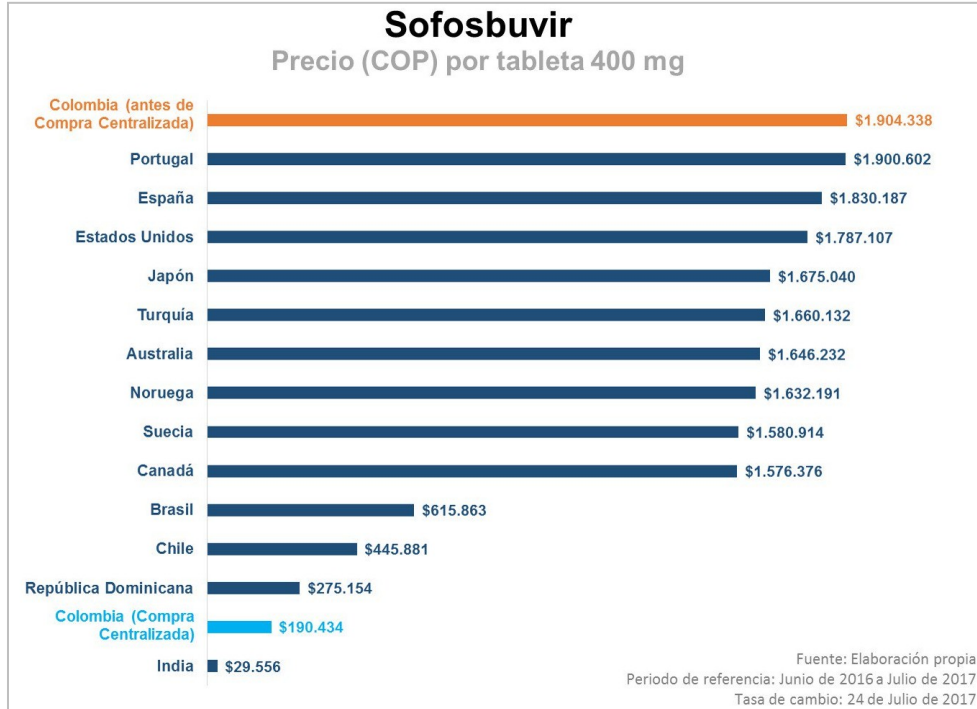
Colombia, junto a Egipto, Georgia y Birmania, es ejemplo a nivel mundial en compra centralizada de medicamentos para hepatitis C y avanza en la cobertura universal en salud de las hepatitis virales, dando acceso a los medicamentos, contribuyendo a la sostenibilidad financiera de SGSSS y garantizando el derecho fundamental a la salud.

La efectividad de estos modernos antivirales es del 94 por ciento, y su administración podría satisfacer el 85 por ciento de las necesidades de tratamiento de la hepatitis C en el país.

La primera orden de compra ocurrió en junio de 2017, en la cual se adquirieron 102.480 dosis/tabletas y 1.225 tratamientos, beneficiando a quienes se les ha prescrito el tratamiento por parte de sus médicos.

Estas compras reducen los costos de transacción en el SGSSS, pues evita que haya una atomización de la demanda en cada una de las aseguradoras, de tal forma que al realizar una agregación de las necesidades de los actores del Sistema, se logra una posición negociadora favorable que se traduce en una reducción sustancial de los precios.

Ilustración 42. Ahorros por compras centralizadas de medicamentos



Fuente: MSPS

Para más detalles, se sugiere ver el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/negociacion-y-compra-centralizada-de-medicamentos.aspx>

Registros sanitarios de medicamentos y dispositivos médicos (Artículo 72 de la Ley 1753 de 2015)

Este artículo faculta al MSPS para definir el precio de los medicamentos y dispositivos médicos que serán comercializados en el país mediante el registro sanitario expedido por parte de Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos (INVIMA). Dicha definición de precios estará basada en el valor terapéutico de las tecnologías que será categorizada mediante la evaluación que realice el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). El artículo ha sido reglamentado parcialmente con la expedición expedición del Decreto 433 de 2018 modificado por el Decreto 710 de 2018.

Registro de transferencia de valor del sector salud

En cumplimiento del CONPES 155 de 2012 y el CONPES 167 de 2013, la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud del MSPS, de manera articulada con la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y la OTIC del MSPS avanza en la construcción de un proyecto normativo que busca la creación del Registro de Transferencias de Valor del Sector Salud como herramienta para contribuir a la transparencia en las relaciones entre los actores del sector salud facilitando la formulación de políticas públicas fundadas en el análisis de la información reportada.

Por otra parte, en materia de disposición pública de información técnica, confiable y oportuna sobre acceso, precios, uso y calidad de medicamentos, se cuenta con las siguientes herramientas:

Medicamentos a un clic

Medicamentos a un clic es una herramienta que contó con el apoyo del proyecto Anti-Corrupción y Transparencia de la Unión Europea (ACTUE) para Colombia. Proporciona a los prescriptores, profesionales de la salud, jueces y agentes del SGSS, como a la comunidad en general, información actualizada y de calidad sobre los medicamentos. Esta estrategia ha tenido gran impacto y ha sido caracterizada como una de las iniciativas de transparencia emprendidas por el sector salud. Publicada en la página www.medicamentosaunclic.gov.co.

Sistema de información de Precios de Medicamentos–SISMED

Herramienta de apoyo a la política de regulación de precios de medicamentos, que permite vigilar los medicamentos con precio regulado y así mismo suministra información necesaria para definir los medicamentos a regular a partir del comportamiento de los precios. Ver enlace: <http://web.sispro.gov.co/>

Termómetro de precios de referencia internacional

Permite a las personas consultar precios de venta de los laboratorios farmacéuticos para los medicamentos comercializados en el país, está disponible en la APP gratuita “ClicSalud”, la cual incluye otras herramientas. Se permite consultar precios de referencia internacional en el punto mayorista y el precio máximo de venta mayorista en Colombia por presentación comercial. Para mayores detalles, se sugiere ver el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/herramienta-interactiva-de-consulta-de-precios-regulados-de-medicamentos.aspx>

Termómetro de precios de medicamentos

Esta herramienta contiene los precios reportados en el último año al SISMED, los cuales son indicativos y corresponden a los más altos reportados por los laboratorios. Es útil para comparar los precios y conocer la oferta de medicamentos que contienen un mismo principio activo, concentración y forma farmacéutica. Ver enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/termometro-de-precios.aspx>

A continuación, se resumen los logros de la PFN y la reglamentación expedida por la CNPMDM:

Cuadro 41. Logros de la PFN

Año	Logros
2014	<ul style="list-style-type: none"> Ahorro de \$1.046.743.336.301 por concepto de regulación de precios de medicamentos. Expedición del Decreto 1782 de 2014 para la promoción de la competencia en el mercado farmacéutico, con lo que se esperan ahorros cercanos a los \$600 millones anuales.
2015	<ul style="list-style-type: none"> Ahorro de \$ 1.146.249.519.220.10 por concepto de regulación de precios de medicamentos. Regulación de los stents coronarios medicados, generando ahorros de cerca de \$23.000 millones de pesos anuales al SGSSS. Creación del Sistema de Información de Precios de Dispositivos Médicos (SISDIS). Sometimiento a libertad vigilada de los dispositivos endovasculares coronarios.
2016	<ul style="list-style-type: none"> Ahorro de \$ 956.763.250.573.20 por concepto de regulación de precios de medicamentos. Desarrollo del termómetro de precios de medicamentos para hacer más transparente la información en este mercado. Declaratoria de interés público del medicamento Imatinib y reducción de su precio.
2017	<ul style="list-style-type: none"> Ahorro de \$ 946.901.112.408.60 por concepto de regulación de precios de medicamentos. Compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de la Hepatitis C, logrando reducciones cercanas al 80% respecto a su precio de lista. Regulación de 225 nuevos medicamentos y actualización del precio de 563, logrando ahorros proyectados de \$53.000 millones.
2018	<ul style="list-style-type: none"> Ahorro de \$ 293.810.234.79 por concepto de regulación de precios de medicamentos. Expedición del Decreto 433 de 2018 modificado por el Decreto 710 de 2018 para la regulación de precios de medicamentos a partir de su valor terapéutico.

Fuente: MSPS. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Cuadro 42: Reglamentación expedida por la CNPMDM. 2014–2018

Acto administrativo
Circular 001 de 2014: Por la cual se incorporan unos medicamentos al Régimen de Control Directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su Precio Máximo de venta en el territorio nacional
Circular 001 de 2016: Por la cual se autoriza el ajuste por la variación del Índice del Precio al Consumidor - IPC para los precios regulados de medicamentos en la Resolución 0718 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 003 de 2016: Por la cual se establece una metodología que regule precios de medicamentos en situaciones excepcionales en las que se haya declarado el interés público
Circular 004 de 2016: Por la cual se incorpora un medicamento al control directo de precio con base en la metodología establecida en la Circular 03 de 2016 y se fija su Precio Máximo de Venta
Circular 001 de 2017: Por la cual se autoriza el ajuste por la variación del índice de Precios al Consumidor -IPC para los precios de los medicamentos regulados en la Circular 01 de 2016, de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médico y se dictan otras disposiciones
Circular 002 de 2017: Por la cual se incorpora al Régimen de Libertad Vigilada los dispositivos médicos anticonceptivos, se sustituye el Anexo Técnico No. 1 contenido en la Circular 01 de 2015 y se dictan otras disposiciones
Circular 003 de 2017: Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se fija su Precio Máximo de Venta y se dictan otras disposiciones
Circular 004 de 2018: Por la cual se modifica la Circular 03 de 2017

Fuente: MSPS. Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud

4.6 Ajustes e intervenciones para mejorar el Sistema General de Seguridad Social

Sistema de Afiliación Transaccional

Una medida fundamental para el acceso efectivo al SGSSS es la correcta implementación del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) creado por el Decreto 2353 de 2015. Durante el 2018 y como parte de la implementación del sistema, se sancionó la Resolución 768 de 2018 mediante la cual se adoptan las condiciones de implementación del SAT, proceso que actualmente se encuentra en ejecución. El SAT consta de 9 módulos (identificación de personas, registro de aportantes, traslados, novedades de afiliación, novedades laborales, movilidad entre regímenes, traslados masivos, novedades en regímenes especiales y de excepción y acreditación de derechos) los cuales han entrado, paulatinamente, en producción. Sus funcionalidades se amplían en la sección 8.4 del presente informe (correspondiente al Sistema Integrado de Información de la Protección Social-SISPRO), en el marco de las importantes innovaciones y logros de este Sistema. Es un avance tecnológico fundamental, un sistema transaccional que refleja –en forma dinámica– los movimientos de los afiliados en el SGSSS, lo que permite disminuir las inconsistencias y duplicidades.

Composición del núcleo familiar

En el Decreto 2353 de 2015 se modificó la definición de composición del núcleo familiar redefinido por la Corte Constitucional a la luz del enfoque de derechos (Sentencias T-1093 de 2007 y T-763 de 2011). Esta modificación se realizó atendiendo a la finalidad de lograr la protección de poblaciones vulnerables como los menores de edad y ampliando la composición del núcleo familiar en consonancia con lo previsto en el Plan Nacional de Desarrollo-Ley 1753 de 2015. De forma simultánea se unificó la composición del núcleo familiar del régimen subsidiado con la del régimen contributivo, para facilitar la movilidad entre regímenes.

Vinculación de trabajadores independientes con ingresos inferiores al salario mínimo

Los avances en esta área se encuentran consignados en el Decreto 2353 de 2015 sobre afiliación, entre los que se resaltan las medidas para afiliación de los trabajadores por días, actualmente implementadas en el SGSSS.

Otros ajustes

A continuación se listan algunas intervenciones adicionales orientadas a mejorar la cobertura y funcionamiento del SGSSS:

- Reconocimiento de la licencia de maternidad proporcional al periodo de gestación (Decreto 2353 de 2015).
- Continuidad de la atención en salud cuando el afiliado pierde las condiciones para seguir cotizando (Decreto 2353 de 2015).
- El aseguramiento en salud de la Población Privada de la Libertad (PPL), que a enero de 2018 estaba conformada por un total de 116.744 personas, se desarrolló acorde con las disposiciones de la Ley 1709 de 2014 y la Sentencia T-762 de 2015, para lo cual se sancionaron los Decretos 2245 de 2015 y 1142 de 2016 y se expidió la Resolución 3595 de 2016.
- En el marco de la normativa vigente, el proceso de aseguramiento en salud de las personas en proceso de reintegración, se llevó a cabo según lo reglado por el Decreto 1937 de 2016, que adiciona el Capítulo 6 al Título

10 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que fue posteriormente modificado por el Decreto 294 de 2017 y la Resolución 5271 de 2017 que permitieron entre otras medidas la afiliación al sistema de 10.295 personas según el corte a diciembre de 2017.

- Mediante Decreto 2228 de 2017 se estableció continuar como población especial sin ningún límite de fecha en que suceda el retorno a Colombia. La Circular 025 de 2017 insta a promover los procesos de afiliación a dicho sistema, de la población migrante que cumpla con los requisitos definidos en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3015 de 2017 permitió la identificación mediante el Permiso Especial de Permanencia-PE. El reto actual es la población migrante no legalizada, para la cual el marco jurídico actual permite la ayuda humanitaria, en especial la atención de urgencias, pero no la garantía de la atención para condiciones de salud de más largo plazo.
- La Resolución 2339 de 2017 reglamenta la información que las entidades responsables de la consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales deben entregar al Ministerio.

Gestión del riesgo en las EPS

La Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS es una estrategia central de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, orientada a la articulación de la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y consecuencias, contribuyendo a la obtención de un mejor nivel de salud de la población, a una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y a unos costos acordes a los beneficios recibidos. Se concibe esta estrategia como un elemento central de la garantía al acceso efectivo a los servicios.

El indicador establecido para medir la operación de la GIRS (DNP, 2015)⁵⁸ hace referencia al porcentaje de EPS que aplican la estrategia con al menos un 50% de las rutas de atención establecidas por el Ministerio. Partiendo de una línea de base del 0% a finales del 2013, se establecieron metas anuales para la aplicación de la estrategia por parte de las EPS del 8%, 32%, 64% y 95% para los años 2015, 2016, 2017 y 2018 respectivamente. Durante los años 2015 y 2016 se realizó un diagnóstico de capacidades para la GIRS, llegando a 38 EPS. A junio de 2017 que se realizó la última medición, la implementación de por parte de las EPS se encontraba en un 53,3%. El mayor avance lo presentan las EPS Mixtas (70,3%), seguidas de las EPS del régimen contributivo (63,6%), las entidades adaptadas (51%) y las EPS del régimen subsidiado (45,4%).

Mejoras en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA

Se reglamentó el funcionamiento de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA unificando y ajustando las reglas para el recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, con algunos de los actos normativos publicados durante el 2017 (Decreto 923 de 2017 y Decreto 1765 de 2017), este último relacionado con la utilización obligatoria de la planilla electrónica.

Confianza y legitimidad del sistema

Las actuales normas sobre autorización de funcionamiento, condiciones de habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud, con excepción de las correspondientes al componente financiero y de solvencia (Decreto 2702 de 2014 recogido en el Decreto Único 780 de 2016), requieren ser actualizadas y unificadas, según las necesidades del sistema y de acuerdo con la experiencia acumulada, reduciendo diferencias en el aseguramiento en salud de los regímenes contributivo y subsidiado y eliminando los

⁵⁸ Bases Plan Nacional de Desarrollo. Capítulo Movilidad Social, Objetivo 2 "Mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad"; Objetivo específico 3 "Recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema; Producto, sistema de gestión integral del riesgo en salud operando.

trámites, requisitos o reglas que resulten obsoletos o se consideren innecesarios y desequilibrios en las relaciones contractuales entre EPS e IPS.

A pesar de los desarrollos normativos existentes en el sistema, recogidos en el Decreto Único del sector salud (780 de 2016), no existe una definición estandarizada aplicable a todo tipo de EPS de las condiciones mínimas necesarias para autorizar su entrada en el sistema o realizar el seguimiento a su funcionamiento, así como de las reglas para la contratación de servicios de salud entre EPS e IPS. En ambos casos, el Ministerio ha desarrollado las normas que recogen, actualizan y unifican las condiciones para la operación del aseguramiento en salud por parte de las EPS en el sistema.

Por otro lado, la consolidación de una Cultura de la Seguridad Social es fundamental para mejorar la legitimidad del sistema y la relación de los afiliados con el mismo. La Cultura de la Seguridad Social es un mandato legal establecido por la Ley 1502 de 2011 que estipula la creación de un Plan Nacional de Cultura de la seguridad social y la celebración de una semana de la Seguridad Social y una Jornada de la Cultura de la Seguridad Social cada año. En 2015 se dio inicio a la implementación de medidas permanentes que favorecen este objetivo, entre las que se destacan:

- La operación de una Comisión Intersectorial de Seguimiento a la Cultura de la Seguridad Social, la cual ha venido rindiendo informes periódicos al Congreso de la República.
- La celebración anual de la Semana de Seguridad Social con participación cada vez mayor de las regiones del país.
- El desarrollo de actividades orientadas a fortalecer la cultura de la seguridad social como la caracterización de comportamientos y creencias, la comunicación intensificada y la pedagogía generalizada.

Todas sin duda acciones necesarias, que han sido intensificadas en el último año y que deben continuar ampliándose a todos los lugares del país.

4.7 Aspectos financieros del sistema y sostenibilidad

Comportamiento de los recursos del sector salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se financia con recursos fiscales y parafiscales. Para la vigencia 2017, estos recursos ascendieron a \$43,15 billones, evidenciándose un crecimiento agregado de los recursos del SGSSS de 1,27% en términos reales respecto de la vigencia 2016.

A dicha variación contribuyó principalmente el Impuesto CREE que aportó 3,02 puntos porcentuales (pp.), el Sistema General de Participaciones con 1,37 pp., las cotizaciones con una contribución de 1,13 pp. Los demás rubros tuvieron un aporte inferior a 1,01 pp.

A continuación, se detallan dichas fuentes para las vigencias 2014-2017, así:

Cuadro 43. Fuentes de recursos del SGSSS 2014-2017

(Millones de pesos constantes de 2017)

Fuentes	2014	2015	2016	2017*	Contrib. a variación total 2017 (%)
Cotizaciones	17.242.978	17.333.971	17.644.636	18.124.044	1,13
Impuesto CREE	6.516.564	7.275.697	7.316.198	8.603.891	3,02
Otros ingresos (incluye rendimientos financieros)	442.085	373.957	786.187	1.217.610	1,01
Cajas de Compensación Familiar	761.623	452.667	415.570	547.810	0,31
Sistema General de Participaciones (SGP)	7.733.239	7.728.741	7.941.930	8.524.176	1,37
Rentas cedidas	1.682.134	1.766.243	1.831.231	1.831.486	0
Subcuenta ECAT (SOAT)	1.276.447	1.346.130	1.408.276	1.568.296	0,38
Subcuenta de Garantías para la salud	874.984	963.185	314.876	117.476	-0,46
Excedentes Financieros Fosyga	2.823.384	561.709	664.012	169.607	-1,16
Desahorro FONPET para R. Subsidiado	-	110.067	832.684	700.000**	-0,31
Compensación Regalías	137.183	117.542	117.545	117.561	0
Esfuerzo Propio	103.957	89.575	90.213	90.226	0
Aportes Nación	4.098.654	2.963.469	3.249.261	1.541.719	-4,01
Total recursos según fuentes	43.693.233	41.082.952	42.612.617	43.153.902	1,27

Fuente: Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS, Formulario Único Territorial – FUT. MSPS.

Notas:

* 2017 Cifras preliminares sujetas a revisión y modificaciones.

** Ley 1753 de 2015, Art 66, Numeral h "La presupuestación y contabilización de los recursos administrados no se hará por subcuentas" y el Decreto No. 2265 de 2015 - Hasta julio de 2017 funcionó el FOSYGA y desde agosto de 2017 entró en funcionamiento la ADRES.

Frente al uso de los recursos del SGSSS, para el año 2017, se ejecutaron \$43,15 billones, lo que representó un incremento de 1,3% en términos reales con respecto a la vigencia de 2016. Sin embargo, cabe resaltar que el Régimen Contributivo y la Prestación de Servicios a la Población Pobre no Asegurada son los que más contribuyeron al crecimiento agregado con 2,57 y 0,31 pp., respectivamente.

En cuanto a la destinación de los recursos, la mayor participación corresponde a la financiación de los Regímenes Contributivo con un 47,1%, seguido del Régimen Subsidiado con el 39,7%. En menor proporción, se destinan al reconocimiento y pago de prestaciones y tecnologías no financiadas con UPC con 6,5%, la salud pública y los programas de prevención y promoción con 3,0%, como se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro 44. Usos de recursos del SGSSS. 2014-2017

(Millones de pesos constantes de 2017)

Usos	2014	2015	2016	2017*	% Part. 2017	Contribución a la variación total 2017 (%)
Régimen Subsidiado	16.480.069	16.579.024	17.420.781	17.134.553	39,71%	-0,67%
Régimen Contributivo	16.742.646	18.102.917	19.235.184	20.329.186	47,11%	2,57%
Prestación de Servicios Población Pobre no asegurada-PPNA	1.492.548	775.826	722.789	854.191	1,98%	0,31%
Salud Pública y Promoción y Prevención	1.738.711	1.495.967	1.363.958	1.292.840	3,00%	-0,17%
Prestaciones y tecnologías no financiadas con UPC (Rég. Contributivo)	2.885.128	2.790.348	2.963.280	2.808.249	6,51%	-0,36%
Cobertura ECAT	245.353	170.547	263.336	296.529**	0,69%	0,08%
Otros Usos en Salud	51.186	52.640	52.942	52.949	0,12%	0,00%
Subcuenta de Garantías para la Salud	874.984	842.155	314.875	109.893	0,25%	-0,48%
Gastos de funcionamiento (rentas cedidas)	253.044	273.526	275.473	275.511	0,64%	0,00%
Total usos	40.763.670	41.082.952	42.612.617	43.153.902	100%	1,27%

Fuente: Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS, Formulario Único Territorial – FUT. MSPS.

Notas:

*Cifras preliminares sujetas a revisión

** Ley 1753 de 2015, Art 66, Numeral h "La presupuestación y contabilización de los recursos administrados no se hará por subcuentas". Y el Decreto No. 2265 de 2015 - Hasta julio de 2017 funcionó el FOSYGA y desde agosto de 2017 entró en funcionamiento la ADRES.

Sistema General de Participaciones

A continuación se muestra la evolución de los recursos transferidos a las entidades territoriales por concepto de la participación de salud del Sistema General de Participaciones para las vigencias 2014-2018:

Cuadro 45. Sistema General de Participaciones 2014-2018

(Millones de pesos constantes de 2017)

Componente	2014	2015	2016	2017	2018
Régimen Subsidiado	5.130.637	6.099.453	6.353.544	6.819.341	6.790.763
Salud Pública	782.945	772.874	794.193	852.418	848.845
Prestación de servicios y subsidio a la oferta	1.915.866	856.413	794.193	852.418	848.845
Total	7.829.449	7.728.741	7.941.930	8.524.176	8.488.455

Fuente: DNP. CONPES Sociales y documentos de distribución y asignación

Recuperación y estabilización financiera

El MSPS ha definido una ruta para la recuperación y estabilización financiera del sector. Ante cualquier crisis es necesario, en primer lugar, establecer medidas de liquidez que permitan a los agentes operar, posteriormente, hacer

saneamiento de pasivo en los diferentes actores y promover fuentes para el mismo, luego, promover el fortalecimiento patrimonial y transversalmente realizar los ajustes a los procesos financieros.

A continuación, se presentarán cada una de las medidas, indicando que algunas de estas pueden estar entrelazadas.

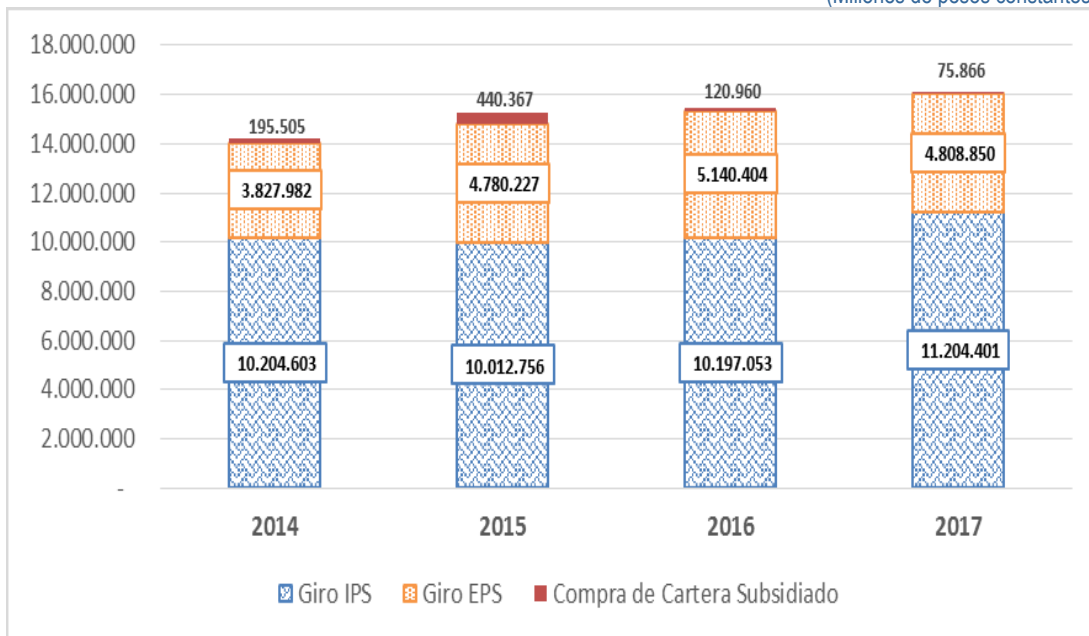
Giro directo en el Régimen Subsidiado

En aplicación de los artículos 29 y 31 de la Ley 1438 de 2011, el Decreto 971 de 2011 (y sus modificatorios), compilado en el Decreto 780 de 2016 y de las Resoluciones 2320 y 4182 de 2011, se determinaron las condiciones y criterios para realizar el Giro Directo a las Entidades Promotoras de Salud, Empresas Sociales del Estado ESE e IPS privadas. Actualmente, los recursos del régimen subsidiado provenientes del Sistema General de Participaciones, del FOSYGA, de Aportes del Presupuesto General de la Nación y del esfuerzo propio departamental y municipal son girados directamente a las EPS e IPS, en nombre de las entidades territoriales y corresponden a la Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) del régimen subsidiado, soportada por la Base de Datos Única de Afiliados-BDUA.

A continuación se muestra la evolución del giro directo del régimen subsidiado para el período comprendido entre 2014 a 2017:

Ilustración 43. Evolución del giro directo IPS y EPS

(Millones de pesos constantes de 2017)



Fuente: MSPS (a diciembre de 2017).

Durante las vigencias 2014–2017 (diciembre), se giraron \$60,1 billones de pesos a las IPS, proveedores y EPS, de los cuales el 69,2% se giró a las IPS y proveedores. Los recursos girados a las IPS y proveedores (\$41,6 billones de pesos) se han distribuido así: el 50,8% se giró a las IPS privadas, seguido de un 47% a las IPS públicas, 1,8% a IPS de carácter mixto y 0,3% a proveedores.

Así mismo, se precisa que en el marco de la compra directa de cartera con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías (hoy recursos de recuperación de cartera de la ADRES), se han descontado a las EPS del régimen subsidiado por las compras realizadas en dicho período \$832.698 millones de pesos, correspondiente al 1,4% de los recursos girados directamente a las IPS y EPS.

Giro directo en el Régimen Contributivo

El artículo 10° de la Ley 1608 de 2013 estipula que las EPS que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán efectuar el giro directo de al menos el 80% de la Unidad de Pago por Capitación reconocida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a través del FOSYGA.

Como resultado de la aplicación de la reglamentación, el giro a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas para el giro directo en el Régimen Contributivo comenzó a partir de junio de 2014, con las EPS CAFESALUD, CRUZ BLANCA y SALUDCOOP (hoy liquidada). Sin embargo, a partir de julio de 2016, ingresaron en esta medida COOMEVA y SOS EPS. A partir de octubre de 2017 MEDIMAS EPS y en febrero de 2018 SALUDVIDA EPS.

A continuación se muestra la evolución del giro directo del régimen contributivo para el periodo 2014 –febrero de 2018:

Cuadro 46. Giro directo IPS y proveedores

(Millones de pesos constantes de 2017)

EPS	2014	2015	2016	2017	2018 (a febrero)	Total 2014 – Feb.2018
EPS003-CAFESALUD	186.279	630.703	2.691.579	1.191.043	-	4.699.604
EPS013-SALUDCOOP	1.079.768	1.911.272	-	-	-	2.991.039
EPS016-COOMEVA	-	-	849.993	1.849.457	256.641	2.956.091
EPS018-SOS	-	-	273.818	524.543	94.818	893.179
EPS023-CRUZ BLANCA	143.302	270.324	315.034	253.571	44.164	1.026.396
EPS033-SALUDVIDA	-	-	-	-	8.676	8.676
EPS044-MEDIMAS	-	-	-	348.067	327.190	675.257
TOTAL	1.409.348	2.812.299	4.130.423	4.166.681	731.489	13.250.240

Fuente: MSPS y ADRES

Finalmente, se señala que en el marco del artículo 10° de la Ley 1608 de 2013, para el periodo comprendido entre 2014–febrero de 2018 se han girado \$13,2 billones de pesos a la red prestadora de servicios de salud y proveedores.

Compra de cartera

Es el mecanismo diseñado por el MSPS, en el marco del artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) puedan mejorar su situación financiera relacionada con la deuda de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado o las Cajas de Compensación Familiar (CCF) que administren este último régimen.

A continuación, se presentan el detalle de las operaciones de compra de cartera realizadas desde enero de 2014, hasta diciembre de 2017.

Cuadro 47. Estado operaciones aprobadas por régimen

(Millones de pesos constantes de 2017)

Operaciones de compra de cartera 2014-2016			Operaciones de compra de cartera 2017*		
Régimen	Valor de la compra	% de participación	Régimen	Valor de la compra	% de participación
Contributivo	753.750	49,9%	Contributivo	8.261	53,0%
Subsidiado	754.546	50,0%	Subsidiado	51.632	46,9%
Total	1.508.296	100%	TOTAL	109.893	100%

Fuente: MSPS-DFS

Fuente: Resolución 505 de 2017- ADRES

* Nota: Ley 1753 de 2015, Art. 66, operaciones de compra de cartera asumidas por la ADRES.

Líneas de crédito con tasa compensada

En el marco del artículo 4 del Decreto 1681 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016 a través de la cual el Gobierno Nacional autorizó la creación de una línea de crédito con tasa compensada que se gestiona con la Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (FINDETER) para otorgar créditos destinados a otorgar liquidez y al saneamiento de pasivos de las EPS y de las IPS.

Para su implementación, el Ministerio expidió la Resolución 3460 de 2015 y sus modificatorias, la cual tiene por objeto definir el procedimiento, las condiciones, los requisitos que deben cumplir los beneficiarios, los criterios de viabilidad y el seguimiento de la línea de redescuento con tasa compensada de FINDETER. A corte de marzo de 2018 se han girado \$1,25 billones por esta medida, de los cuales se desembolsaron a las EPS \$503.357 millones y a las IPS \$748.753 millones.

Compra de títulos de deuda subordinada

El artículo 10° del Decreto 1681 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016, estableció la posibilidad que este Ministerio, a través de la Subcuenta de Garantía de Salud, de adquirir títulos de deuda subordinada para el fortalecimiento patrimonial de las EPS.

Así mismo, la Resolución 4385 de 2015, realizó una operación que permitirá generar liquidez a varios prestadores de servicios de salud de la red de la EPS CAFESALUD, por valor total de \$200.000 millones, los cuales se giraron en su totalidad a la red pública, privada y proveedores. Los bonos fueron pagados tras la operación de venta de la EPS.

Saneamiento de aportes patronales

En el marco del artículo 75 de la Ley 1769 de 2015, el MSPS expidió la Resolución 2360 de 2016 mediante la cual estableció las disposiciones para el uso de los recursos de excedentes provenientes del proceso de saneamiento de aportes patronales de la vigencia 1994 a 2011 y realizó la distribución a los departamentos, para el saneamiento fiscal y financiero de la red pública prestadora de servicios de salud, de los programas viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, o para el pago de los servicios y tecnologías no cubiertos en el plan de beneficios de los afiliados al Régimen Subsidiado.

En este contexto con la Resolución 2360 de 2016, realizó la distribución entre departamentos y distritos de \$187.354 millones de pesos con base en 2017. De los recursos asignados, a diciembre de 2017, se han girado el 70,8% de la asignación:

Cuadro 48. Asignación y giros. Resolución 2360 de 2016

(Millones de pesos constantes de 2017)

Total 2016-2017		
Recursos asignados Resolución 2360/16	Valor solicitado	Valor girado
187.354	145.199	132.693

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - DFS

Excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado

De conformidad con los usos establecidos en el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013 y 21 de la Ley 1797 de 2016, a continuación se muestra los planes de aplicación y ejecución acumulada de los excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado con corte a diciembre de 2017:

Cuadro 49. Ejecución de excedentes cuentas maestras régimen subsidiado. Artículo 2 Ley 1608/13 y 21 Ley 1797/16

(Millones de pesos constantes de 2017)

Uso	Valor	Ejecución	% ejecución
Recursos para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios, durante las vigencias 2011, 2012 y 2013 –Cofinanciación	\$ 121.516	\$ 64.579	53%
Recursos para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios	\$ 287.374	\$ 263.593	92%
Recursos para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011	\$ 264.681	\$ 253.765	96%
Recursos para la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	\$ 895.037	\$ 459.239	51%
Recursos para la capitalización en el saneamiento de las deudas con prestadores que tengan las EPS en las que tenga participación las entidades territoriales, de manera que se garantice la permanencia de la EPS mixta	\$ 101.605	\$ 85.274	84%
Total	\$ 1.670.213	\$ 1.126.451	67%

Fuente: Entidad Territoriales–Resoluciones 292 de 2013, 2472 de 2014 y 4624 de 2016.

Nota: Solamente incluye la información consistente reportada por las entidades territoriales.

Uso de excedentes de rentas cedidas

Los artículos 83 de la Ley 1769 de 2015 y 4 de la Ley 1797 de 2016 habilitaron a los departamentos y distritos el uso de los excedentes de rentas cedidas para: i) Pago de deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda; ii) Fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica; iii) Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE; iv) Pago de deudas del Régimen Subsidiado de Salud–Decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015, compilados en el Decreto 780 de 2016.

A continuación se muestra la ejecución de los recursos excedentes de rentas cedidas:

Cuadro 50. Ejecución de excedentes de rentas cedidas vigencias 2016 y 2017

(Millones de pesos constantes de 2017)

Usos	Ejecución 2016	Ejecución 2017
Recursos para el pago de las deudas por prestación de servicios del NO POS	93.210	56.314
Recursos para el fortalecimiento de la infraestructura y la renovación tecnológicas de las ESE	0	2.581
Recursos para el saneamiento fiscal y financiero de las ESE	662	-
Recursos para el pago de las deudas del régimen subsidiado de salud en el marco del procedimiento establecido en el Plan Nacional de Desarrollo	1.021	577
Total	94.894	59.471

Fuente: Entidades Territoriales–Resolución 6348 de 2016

Uso de excedentes del sector

El artículo 75 y numeral 3 del artículo 84 de la Ley 1769 de 2015, así como los numerales 1 y 3 del artículo 21 de la Ley 1797 de 2016 habilitaron el uso de los excedentes del sector salud en los siguientes términos:

- Excedentes y saldos no comprometidos de los recursos oferta en salud del SGP al 31 de diciembre de 2015, para el pago de deudas por prestación de servicios en lo no cubierto con subsidio a la demanda; saneamiento fiscal y financiero de las ESE y financiar acciones de Inspección, Vigilancia y Control–IVC.
- Excedentes del SGP destinados al componente de Salud Pública y los recursos transferidos por el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos del FOSYGA de vigencias anteriores, para el pago de deudas por servicios y tecnologías de salud sin coberturas en el plan de beneficios, provisto a los usuarios del Régimen Subsidiado.

La información consistente a diciembre de 2017, relacionada con el uso de los excedentes y saldos no comprometidos de los excedentes del sector salud es el siguiente:

Cuadro 51. Ejecución de excedentes del SGP oferta, salud pública y recursos FOSYGA de las vigencias 2016 y 2017

(Millones de pesos constantes de 2017)

Componente	Usos	Ejec. 2016	Ejec. 2017
Recursos de oferta	Recursos del SGP del componente de oferta a 31 de diciembre de 2015, destinados para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores.	96.196	70.817
	Recursos del SGP del componente de oferta, destinados para el Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE	-	11.952
	Recursos del SGP del componente de oferta, destinados a financiar acciones de Inspección, Vigilancia y Control - IVC	-	464
Salud Pública	Recursos del Sistema General de Participaciones del componente de Salud Pública, destinados para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin coberturas en el plan de beneficios, provistos a los usuarios del Régimen Subsidiado.	11.411	6.971
FOSYGA	Recursos de las Transferencias del FOSYGA, destinados para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin coberturas en el plan de beneficios, provistos a los usuarios del Régimen Subsidiado.	3.236	1.502
Total		110.843	91.706

Fuente: Entidades Territoriales – Resolución 6348 de 2016

Pago de deudas del Régimen Subsidiado (contratos suscritos hasta marzo de 2011). Decreto 1080 de 2012 y 058 de 2015. Deudas Entidades Territoriales con EPS.

De conformidad con lo establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 del 2011, se expidieron los Decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015, los cuales determinaron el procedimiento para el reconcomiendo y pago de la deuda por parte de las entidades territoriales por concepto de los contratos de aseguramiento suscritos con las EPS antes de marzo de 2011. En el marco de lo anterior, las EPS y entidades territoriales realizaron el reporte al MSPS del valor de la deuda reconocida por este concepto, el cual ascendió \$350.021 millones de pesos, de los cuales se ha pagado el 89,9%. A continuación se muestra el detalle:

Cuadro 52. Avance estado de deuda. Decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015

(Millones de pesos corrientes)

Dec.	Valor de la deuda reconocida no pagada (menor valor)	Total deuda pagada cuentas maestras o cruce de cuentas	Total asignación recursos Fosyga (artículo 5 ley 1608 de 2013)	Total FAEP	SGP 2014-2016	SGP 2017	Regalías	Lotto en línea 2014 - 2016	Lotto en línea 2017	Deuda a 31 de diciembre 2017	% pagado
1080 de 2012	320.847	37.844	119.915	41.355	69.574	7.006	224	18.896	245	25.788	91,96%
058 de 2015	29.174	235	8.422	39	6.893	887	-	3.264		9.434	67,66%
Total	350.021	38.079	128.337	41.394	76.467	7.893	224	22.160	245	35.222	89,94%

Fuente: Cálculos Dirección de Financiamiento Sectorial – MSPS con información reportada por las Entidades Territoriales y EPSS. Resolución 1302 de 2012 y Anexo 1 y 2 de la Resolución 260 de 2015.

Circular Conjunta 30 de 2013

La Circular Conjunta 030 de 2013 establece el procedimiento de aclaración de cuentas y depuración obligatoria de cartera que realizan las diferentes Entidades Responsables de Pago (EPS del Régimen Subsidiado y Contributivo y Entidades Territoriales) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con periodicidad trimestral, con el objetivo de avanzar en la aclaración de cuentas y el saneamiento de la cartera generada por la prestación de servicios de

salud. De acuerdo a la información reportada por las Entidades Responsables de Pago e IPS de las coincidencias generadas en los reportes de información entre diciembre de 2014 y diciembre de 2017, son las siguientes:

Cuadro 53. Resultados Circular 030 de 2013

(Millones de pesos constantes de 2017)

Fecha de corte	Coincidencias		
	Reporte ERP	Reporte IPS/EPS	Menor valor
Diciembre de 2014	4.415.003	6.020.514	3.477.751
EPS - Régimen Subsidiado Vs IPS	1.402.795	1.672.041	1.013.158
EPS - Régimen Contributivo Vs IPS	2.734.917	4.018.912	2.210.256
Entidades Departamentales o Distritales Vs EPS	155.075	177.653	151.983
Entidades Departamentales o Distritales Vs IPS	122.216	151.908	102.353
Diciembre de 2015	3.977.345	6.805.796	3.228.919
EPS - Régimen Subsidiado Vs IPS	2.015.576	2.685.333	1.417.585
EPS - Régimen Contributivo Vs IPS	1.563.537	3.649.120	1.461.546
Entidades Departamentales o Distritales Vs EPS	244.210	269.630	226.172
Entidades Departamentales o Distritales Vs IPS	154.023	201.714	123.616
Diciembre de 2016	5.825.395	11.089.057	5.129.282
EPS - Régimen Subsidiado Vs IPS	1.766.343	2.924.201	1.439.280
EPS - Régimen Contributivo Vs IPS	3.439.083	7.457.923	3.145.053
Entidades Departamentales o Distritales Vs EPS	338.704	414.786	326.071
Entidades Departamentales o Distritales Vs IPS	281.263	292.148	218.878
Diciembre de 2017	8.903.398	15.400.504	7.764.892
EPS - Régimen Subsidiado Vs IPS	2.947.562	4.667.964	2.459.245
EPS - Régimen Contributivo Vs IPS	5.136.890	9.799.571	4.590.039
Entidades Departamentales o Distritales Vs EPS	413.266	494.614	398.617
Entidades Departamentales o Distritales Vs IPS	405.680	438.356	316.991

Fuente: Reporte ERP – IPS. Circular Conjunta 030 de 2013.

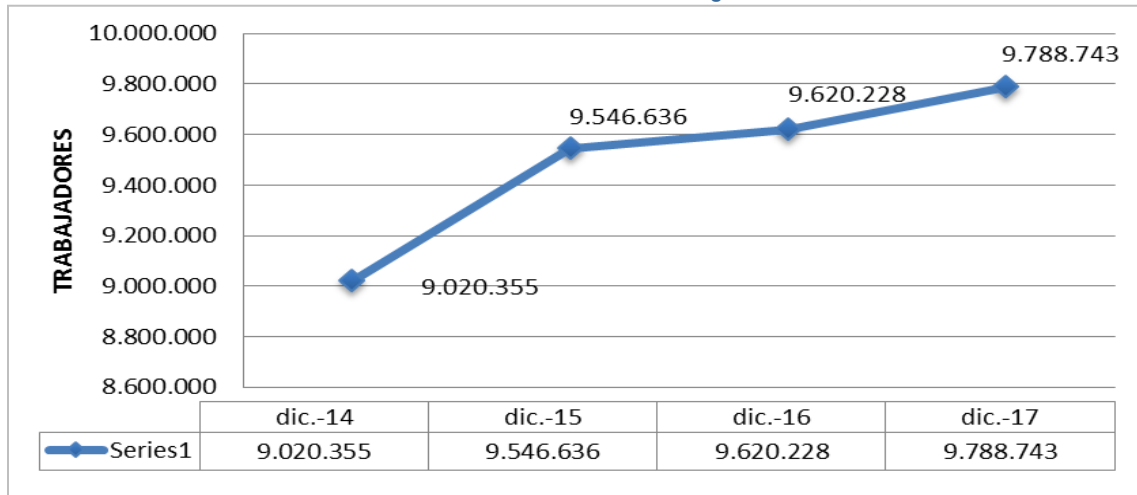
Nota: Esta información está sujeta a la depuración realizada por parte de las ERP e IPS en el marco de sus responsabilidades en la Circular Conjunta No. 030 de 2013.

Al analizar la información del menor valor de las coincidencias de las facturas con corte a diciembre de 2017, se encuentra que la cartera asciende a \$7,76 billones. Sin embargo, se reitera la necesidad de seguir aumentando los esfuerzos de los responsables de pago y los prestadores de servicios de salud de ajustar sus estados financieros para llegar a la cifra real de cartera del sector por las diferencias reflejadas entre ambos actores.

4.8 Aseguramiento en riesgos laborales

El Sistema General de Riesgos Laborales tiene como propósito prevenir, proteger y atender a los trabajadores frente a las contingencias generadas por las enfermedades laborales y los accidentes de trabajo, que puedan ocurrir con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrolla la población laboral colombiana. A diciembre de 2017, se cuenta con 10 Administradoras de Riesgos Laborales-ARL.

Ilustración 44. Afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, 2014-2017

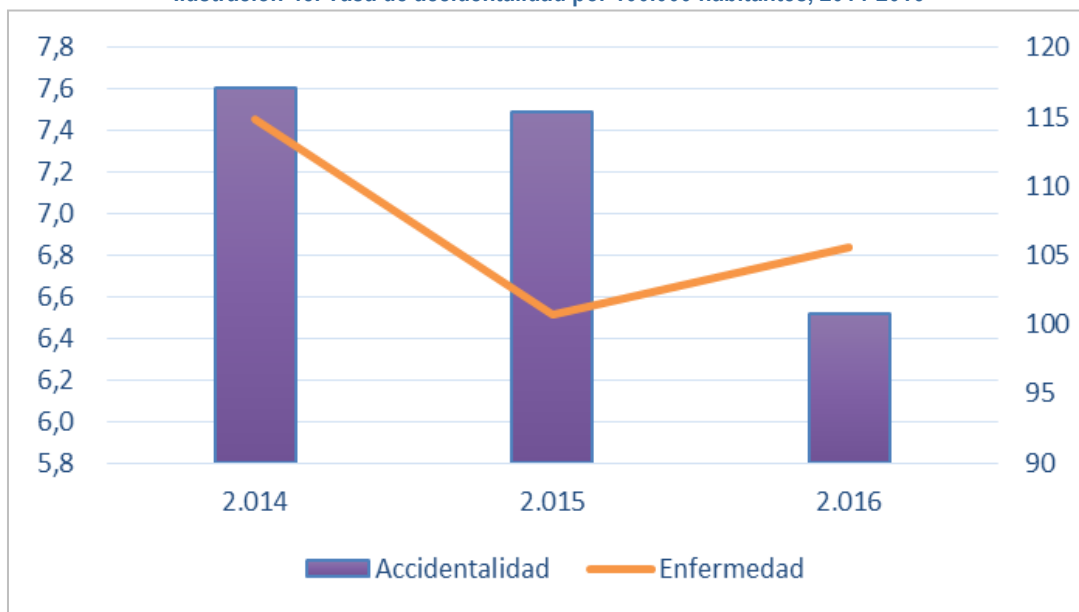


Fuente: Administradoras de Riesgos Laborales.

Para el cuatrienio 2014-2018 se estableció como meta aumentar en 1.800.000 el número de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales. En el período comprendido entre julio de 2014 a diciembre de 2017, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales pasó de 8.757.782 a 9.788.843. El cumplimiento en el período es del 57.3% (1.031.061 afiliados) de la meta propuesta.

Complementario con este objetivo de cobertura en el cuatrienio se expidieron decretos que reglamentan la afiliación de estudiantes (Decretos 055 de 2015 y 1669 de 2016), la seguridad y salud de trabajadores del magisterio (Decreto 1655 de 2015), los trabajadores de minas (Decreto 1886 de 2015) y la población general en capacidad de afiliarse voluntariamente (Decreto 1563 de 2016). De igual forma se avanzó en la certificación de servicios de seguridad en el trabajo, en el desarrollo de actividades del Plan Decenal de Salud Pública en salud para los trabajadores, con efectos entre los que se resaltan la reducción de la tasa de accidentalidad en el trabajo y en la incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo (ver ilustración).

Ilustración 45. Tasa de accidentalidad por 100.000 habitantes, 2014-2016



Fuente: Administradoras de Riesgos Laborales.

4.9 Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)

La Ley 1753 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018 “Todos por un nuevo país”, en su artículo 66, crea la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS (ADRES por sus iniciales) con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles. La entidad hace parte del SGSSS, está adscrita al MSPS, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.

El Gobierno Nacional, mediante el Decreto 1429 de 2016, modificó la estructura de la ADRES. Adicionalmente, el Decreto 1430 de 2016 estableció la nomenclatura, clasificación y remuneración de los empleos públicos de la ADRES, y el Decreto 1431 de 2016 estableció su planta de personal.

El inicio de la operación de la entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) culminó un proceso de fortalecimiento institucional que permitirá un mejor flujo y un mayor control a los recursos para la salud. Esta estrategia mejora la transparencia en el manejo de los recursos y fortalece las medidas de liquidez a hospitales, entre otros aspectos.

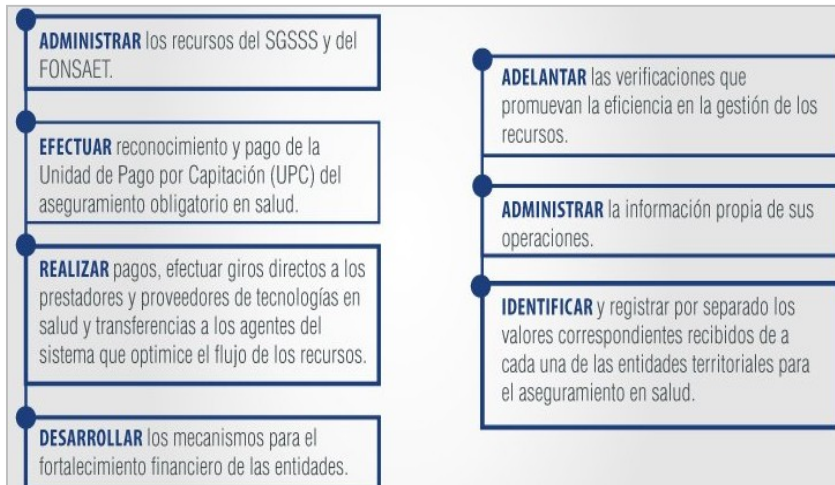
Sus características y funciones se exponen en las siguientes ilustraciones

Ilustración 46. Características



Nota: Se asimila a una industrial y comercial, en materia presupuestal solamente.

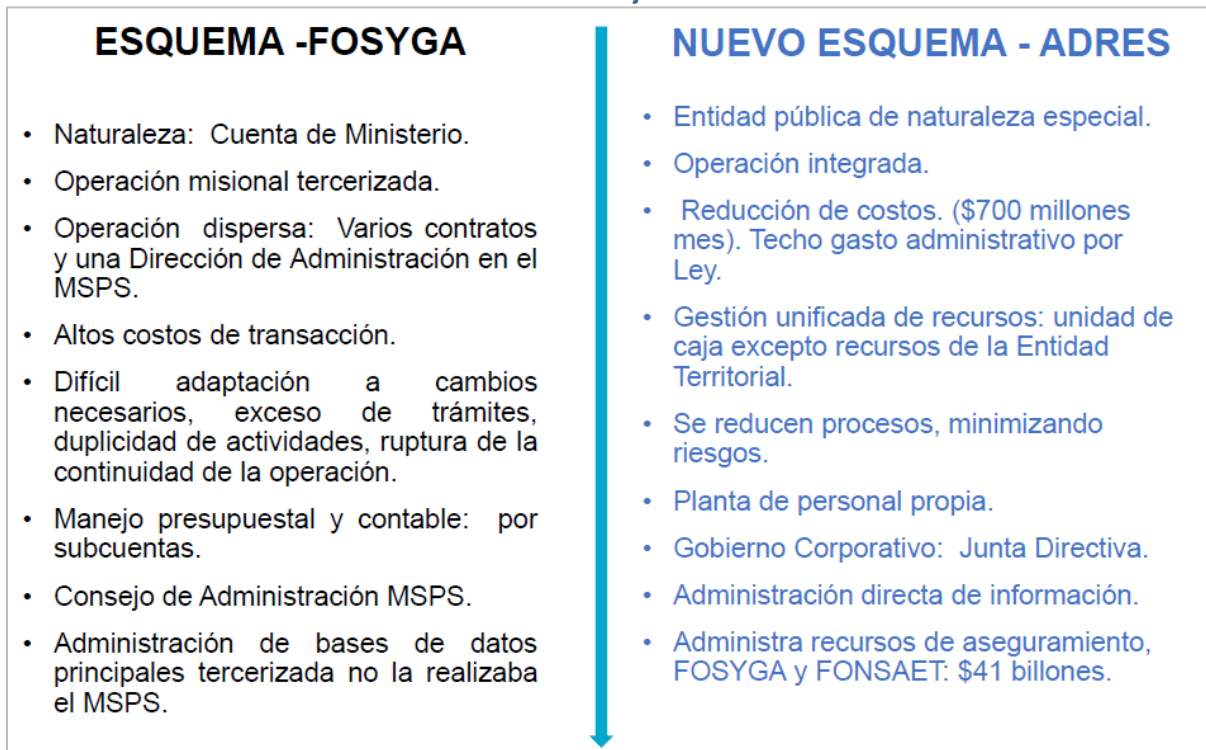
Funciones



Fuente: Elaboración propia MSPS.

En la siguiente ilustración se resume el proceso de transición entre FOSYGA y ADRES

Ilustración 47. Ventajas de la ADRES



Fuente: Elaboración propia MSPS.

Inicio de operación de la ADRES

La puesta en funcionamiento de la ADRES, en agosto de 2017, puso fin a la tercerización de una labor misional (lo que antes era el FOSYGA). Con ADRES se centralizaron los procesos, se dio inicio a una administración directa de los recursos, se mejoró la ordenación del gasto y se redujeron los costos de transacción en el sistema de salud. Los funcionarios de la nueva entidad eran los que conocían de la operación por haber trabajado en el FOSYGA o en el Ministerio y sus procesos están desarrollados con altos estándares y con el rigor técnico que merece el manejo de los recursos del sector.

La ADRES inició operación, según lo establecido en el Decreto 546 de 2017. En desarrollo de las funciones señaladas en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015, la ADRES privilegió un modelo gerencial fundamentado en los principios rectores de la gestión pública, con el fin de garantizar el adecuado flujo y control de los recursos del sistema destinados a la financiación del aseguramiento en salud.

En este sentido, la gestión se orientó en primera instancia a lograr la puesta en operación de la entidad a partir de la expedición de los actos administrativos que permitieran determinar las funciones de las diferentes dependencias de la ADRES, establecer el sistema de nomenclatura, clasificación y remuneración de los empleos públicos de Entidad y su planta de personal. Así como la aprobación del presupuesto inicial para la vigencia 2017, mediante la Resolución 002 de 2016, del Consejo Superior de Política Fiscal–CONFIS.

De la misma forma, se determinó que, para el manejo de los recursos en la transición, en el Ministerio de Salud y Protección Social se crearía la unidad ejecutora 1901-15. En ésta se programan los recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) que hicieran tránsito, sin situación de fondos, con destino a la ADRES. Estos recursos

se destinarían a: i) La organización inicial de la entidad; ii) Transferencias de funcionamiento, entre ellas, Sistema General de Participaciones–Régimen Subsidiado, recursos del FONSAT⁵⁹ y SOAT⁶⁰, Recursos de impuesto social a las armas, municiones y explosivos y recursos el PGN para el cierre financiero del sistema. El manejo financiero, el registro, el control y el reporte de los recursos, se realiza a través de dos Unidades ejecutoras, así:

Cuadro 54. Unidades ejecutoras ADRES

	Unidad de Recursos Administrados–URA.	Unidad de Gestión General–UGG.
Ingresos	Recursos del SGSSS contemplados en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015.	Aportes del Presupuesto General de la Nación y hasta el 0.5% recursos administrados con situación de fondos según PAC.
Gastos	Transferencias de Funcionamiento. Recursos destinados a los conceptos definidos en los Artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2016, así como la contribución a la Superintendencia Nacional de Salud.	Gastos de Personal y Gastos Generales: Arrendamiento, estructura tecnológica y de comunicaciones, auditoría integral a reclamaciones y otras prestaciones y demás gastos generales.

Fuente: ADRES.

Teniendo en cuenta las particularidades del Fondo de Solidaridad y Garantía–FOSYGA, fue necesario –previo a la entrada en operación de ADRES– un proceso de articulación del sistema de información manejado por el MSPS y los procesos ejecutados por el anterior administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA–Consortio SAYP 2011 para garantizar la continuidad del negocio en marcha y la operación de los procesos misionales de la entidad.

Lo anterior conllevó, además, una serie de actividades adicionales que permitieran que se ejerciera un control directo de los procesos de mantenimiento, desarrollo, generación y administración del sistema de información, así como de la seguridad de la misma; esto sin perjuicio de que se contrataran algunos servicios que requirió la Entidad para el logro de sus objetivos.

Adicionalmente, se expidió el Decreto 2265 de 2017 “Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social adicionando el artículo 1.2.1.10, y el Título 4 a la Parte ,6 del Libro 2 en relación con las condiciones generales de operación de la ADRES–Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Avances en la consolidación de ADRES

Con relación al establecimiento de un marco de referencia de gestión operativa, la Entidad tiene identificados treinta (30) macroprocesos de los cuales se encuentra documentados y publicados a la fecha el 50% de éstos (100% de los procesos misionales), actividad que se espera concluir el primer semestre de 2018. Por otra parte, y en relación con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Institucional (MIPG), la entidad se encuentra en la fase de autodiagnóstico de las diferentes políticas que lo conforman, primera tarea del plan de implementación de MIPG que se espera concluir en el segundo semestre de 2018. Adicionalmente, ADRES adoptó el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (Resolución No. 011 de 2018), el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Resolución 459 de 2018) y estableció la Política de Administración de Riesgos. Finalmente cabe mencionar que la entidad de encuentra en fase de levantamiento de riesgos operativos y de corrupción, actividad que se espera concluir en el segundo semestre de 2018.

Logros en la operación de los procesos misionales de la ADRES en materia de flujo de recursos

Como parte de la misión de la ADRES, y más específicamente de la Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud, se encuentra la de garantizar el ágil y eficiente flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para esto, la ADRES ha reducido los tiempos de pago por conceptos responsabilidad de la Entidad,

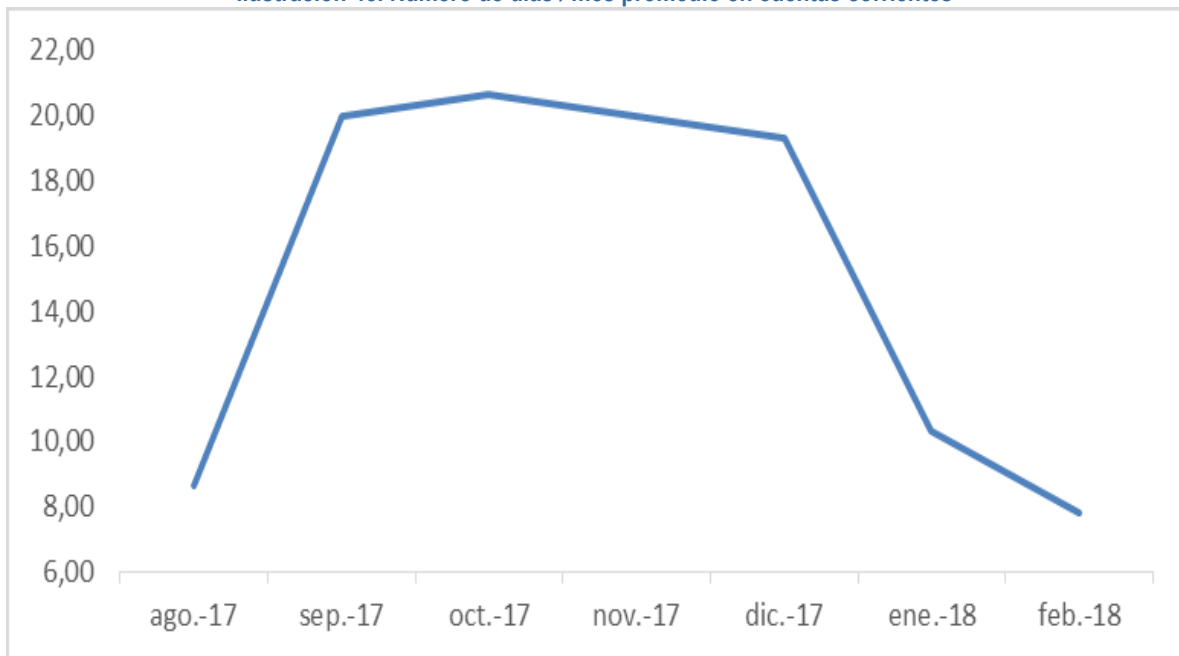
⁵⁹ Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

⁶⁰ Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

tales como compensación de UPC del régimen contributivo, Liquidación Mensual de Afiliados, entre otros. Esto responde a que en contraste con el FOSYGA el cual tenía tiempos específicos para la aceptación y pago de procesos (Ej. 24 horas para aceptar o no procesos de compensación), la ADRES no tiene tiempos de aceptación de los procesos lo que agiliza y facilita el flujo de recursos al interior del Sistema y entre los prestadores de servicios.

Por otro lado, el número de días que permanecen los recursos en cuentas corrientes han disminuido considerablemente, lo que implica una utilización más eficiente de los mismos, considerando que dichas cuentas corrientes no generan intereses.

Ilustración 48. Número de días / mes promedio en cuentas corrientes



Fuente: Dirección de Gestión de Recursos Financieros de la Salud

Proceso de recaudo

A partir noviembre de 2017 la ADRES inició a recaudar dineros de las Entidades Territoriales, respondiendo a lo estipulado en la Ley 1753 de 2015 y regulado mediante Decreto 1647 de 2017.

La ADRES ha ejecutado, entre enero y abril de 2018, \$265.404 millones por concepto de rentas cedidas en el proceso de LMA. Para marzo de 2018, hubo un valor mayor ejecutado, que corresponde a los recursos recaudados por concepto del Componente Específico al Consumo de Cigarrillos y Tabaco Elaborado del Departamento de Antioquia y Bogotá D.C., por valor de \$52.767. Lo anterior ha generado un mejor flujo de recursos entre los prestadores y más transparente de la LMA.

Proceso de compensación

La ADRES, desde agosto de 2017, ejecuta el proceso de compensación, mediante el cual se determina y reconoce la Unidad de Pago por Capitalización-UPC, los recursos para la provisión de incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes y los recursos para financiar las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad de los afiliados al régimen contributivo.

Entre agosto y marzo de 2018, la ADRES reconoció a las EPS en el proceso de compensación \$13.848 billones, de los cuales el 93,9% corresponde a la UPC, el 3,8% a la provisión de incapacidades y el 2,3% a los recursos de promoción y prevención.

Cuadro 55. Proceso de compensación

Vr. UPC	Incapacidades (IEG) (\$)	Vr. PyP (\$)	Total (\$)
13.005.138	520.664	322.441	13.848.243

Fuente: Resultado Procesos Compensación.

Nota: Valores en millones de pesos

Durante este periodo, la ADRES ajustó el tipo de cotizante PE, habilitó una ventana de tiempo para que los operadores PILA procesaran 703 planillas pendientes de conciliar por valor de \$796 millones y realizó el ajuste del reconocimiento de beneficiarios en los procesos de compensación que no habían sido compensados en procesos anteriores a la vigencia de ADRES, lo que representó en diciembre un adicional de \$65 mil millones.

Giro directo

La ADRES giró en nombre de las EPS de manera directa \$2.4 billones a 2.047 Instituciones Prestadoras de Servicios de salud – IPS y proveedores de tecnologías en salud. El giro directo se aplicó desde el mes de agosto de 2017 para los prestadores de las EPS Cruz Blanca, Coomeva y SOS y para los de EPS MEDIMAS desde el cuarto proceso compensación de octubre 2017. En el mes de diciembre se aplicó giro directo para la EPS Saludcoop en Liquidación, por valor de \$29.858 millones, de acuerdo con la solicitud realizada por el agente liquidador. Por otra parte, desde febrero de 2018 se aplicó giro directo a la EPS Saludvida, por valor de \$11.460 millones.

A continuación, se presenta el detalle por periodo y por EPS:

Cuadro 56. Resultado de procesos de compensación

Mes	Valor (\$)	EPS	Valor (\$)
2017-08	228.344	COOMEVA	1.025.307
2017-09	206.631	SOS	371.340
2017-10	218.629	CRUZ BLANCA	183.882
2017-11	385.623	MEDIMAS	832.997
2017-12	409.342	SALUDCOOP	29.858
2018-01	351.719	SALUDVIDA	10.579
2018-02	356.297	Total	2.453.963
2018-03	297.378		
Total	2.453.963		

Fuente: ADRES.

Nota: Valores en millones de pesos

Prestaciones económicas

La ADRES ejecutó el proceso de prestaciones económicas a partir de agosto de 2017, mediante el cual reconoce las licencias de maternidad y paternidad a las EPS por afiliados del régimen contributivo en cumplimiento del Decreto 780 de 2016 y la Ley 1822 de 2017. Por este concepto, reconoció \$490.117 millones, de los cuales, el 93% corresponde a licencias de maternidad, el 5% a licencias de paternidad y el restante a pagos por órdenes judiciales.

Régimen Especial y de Excepción

Con la Resolución 5510 de 2013 se adoptó el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al FOSYGA, hoy ADRES, de los afiliados a los regímenes especial y de excepción que cuentan con ingresos adicionales sobre los cuales están obligados a cotizar al SGSSS y el procedimiento de liquidación y reconocimiento de prestaciones económicas. La ADRES valida actualmente la información remitida por el aportante de dichos afiliados y define la

procedencia o no del pago de la respectiva prestación económica. Desde agosto de 2017 a marzo 2018, los aportantes presentaron 4.701 solicitudes de prestaciones económicas, de las cuales 2.105 se reconocieron a través de acto administrativo por valor de \$1.147 millones; 1.479 se notificaron al aportante y se encuentran en espera del cumplimiento del término del debido proceso representando \$684 millones; y 1.117 se encuentran en validaciones.

Régimen Subsidiado

En el periodo de agosto de 2017 a marzo de 2018, se liquidó la UPC por valor de \$12,2 billones, dando cumplimiento a lo establecido en la normativa vigente.

Cuadro 57. Régimen Subsidiado

UPC reconocida	Promedio UPC mensual
12.197.604,8	1.524.700,6

Fuente: Resultado de procesos LMA/Vigencia 2017 - 2018. Nota: Valores en millones de pesos.

Para el mismo período, se realizó giro a las EPS por valor de \$3,1 billones, equivalente al 25,4% del valor total de la UPC reconocida y giro directo a IPS y proveedores de tecnologías en salud por \$8,18 billones, equivalente al 67,1% de la UPC reconocida.

El giro directo benefició a 3.447 IPS y proveedores únicos, así:

Cuadro 58. Giro directo

Naturaleza	Cantidad	Valor de UPC	% de participación del giro directo
Privadas	2.347	4.313.362,1	52,7%
Públicas	982	3.575.102,4	43,7%
Mixtas	7	122.140,4	1,5%
Proveedores	111	170.561,8	2,1%
Total	3.447	8.181.166,6	100,0%

Fuente: Resultado de procesos LMA/Vigencia 2017 - 2018. Nota: Valores en millones de pesos.

Reintegro de recursos

La ADRES a partir del 1° de agosto de 2017 continuó con el desarrollo de los procedimientos de recuperación de recursos (esto se da por desactualizaciones de base de datos especialmente de registraduría y régimen de excepción), iniciados por el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA; a continuación, se presenta el resultado consolidado de los procedimientos de reintegros:

Cuadro 59. Reintegros

Régimen	Valor involucrado* (\$)	Capital reintegrado (\$)	Capital pendiente por reintegrar (\$)	Intereses pendientes por reintegrar (\$)	Valor pendiente por reintegrar (\$) **
Contributivo	320.495,3	155.446,1	165.049,3	153.634,0	318.683,2
Subsidiado	1.165.453,1	57.100,7	1.108.352,4	715.984,1	1.824.336,5
TOTAL	1.485.948,4	212.546,8	1.273.401,7	869.618,1	2.143.019,7

Fuente: ADRES

*Notas: Los valores involucrados no incluyen las auditorías del primer trimestre de 2018. ** El valor definitivo está sujeto a la expedición de los actos administrativos por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Cifras en millones de pesos

Los recursos recuperados entre agosto de 2017 y marzo de 2018 son:

Cuadro 60. Reintegros

Régimen	Capital reintegrado ADRES (\$)	Intereses reintegrados ADRES (\$)	Valor reintegrado ADRES (\$)
Contributivo	6.146,3	19.058,4	25.204,7
Subsidiado	8.856,9	2.237,3	11.094,2
Total	15.003,2	21.295,7	36.298,9

Fuente: ADRES. Cifras en millones de pesos

Durante el primer trimestre de 2018 se efectuaron 3 auditorías las cuales fueron notificadas a las EPS, de acuerdo con el procedimiento establecido en las Resoluciones 3361 de 2013 y 4895 de 2015, para el régimen contributivo por valor de \$27.695 millones, régimen de excepción por valor de \$17.632 millones y al régimen subsidiado por valor de \$115.948 millones. Actualmente se está adelantando el proceso de aclaración de los valores y registros involucrados en las auditorías, por parte de las EPS.

Convenio de desempeño celebrado entre el MSPS y CAFESALUD EPS

El Ministerio de Salud y Protección Social en virtud de lo establecido en el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, el Decreto 1681 de 2015, la Resolución 4385 de 2015 y la Resolución 4737 de 2015, atendiendo el objeto de la Subcuenta de Garantías para la Salud previsto en el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011 y previo cumplimiento de los requisitos establecidos para la realización de operaciones con las entidades aseguradoras del sector salud, suscribió Títulos de Deuda Subordinada–Bonos Opcionalmente Convertibles en Acciones (BOCAS), emitidos por CAFESALUD EPS por una cuantía de 200.000 millones.

En razón a lo anterior, el Convenio de Desempeño suscrito el 18 de noviembre de 2015 entre la entonces Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del MSPS y CAFESALUD EPS, fue asumido por la ADRES, quien realizó el seguimiento a la ejecución a través de la Subdirección de Garantías de la Dirección de Liquidaciones y Garantías.

Recompra de los BOCAS

De acuerdo con lo establecido en la Modificación No. 3 al Convenio de Desempeño, para prepagar la obligación emanada de los BOCAS las fuentes de pago acordadas fueron los descuentos de los recursos que le fueran aprobados a CAFESALUD por concepto de UPC, recobros por servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, así como los recursos provenientes de la compraventa de las acciones de ESIMED y de la NewCo. A continuación, se presenta el consolidado de descuentos y abonos con corte al 28 de diciembre de 2017, fecha en la cual se canceló el último saldo insoluto de los BOCAS:

Cuadro 61. Descuentos BOCAS

Detalle	Valor
Descuentos - Mientras subsistió la función de aseguramiento	\$ 55.382,9
Descuentos - Al ceder habilitación	\$ 47.886,9
Abonos por ventas de acciones de ESIMED y NewCo	\$ 96.730,2
Total	\$ 200.000,0

Fuente: ADRES.

Nota: Valores en millones de pesos

Intereses

Para el cálculo de los intereses de los BOCAS sobre su saldo insoluto al corte de liquidación, se promedió la DTF EA de noventa (90) días certificada por el Banco de la República, de los seis (6) meses correspondientes al periodo de su causación. En tal sentido, a continuación, se presenta la relación de intereses reconocidos con ocasión del Convenio de Desempeño, suma que ascendió a \$19.225,8 millones.

Operación de compra de cartera

En el marco de la Resolución 4373 de 2017, 16 EPS tramitaron 214 operaciones de compra de cartera por \$141.544 millones, que esperaban beneficiar a 142 IPS. Fueron aprobadas 159 operaciones por \$109.892,8 millones,

beneficiando a 114 IPS y 12 EPS, de conformidad con la Resolución 505 de 2017. En el mes de diciembre de 2017 fueron girados los recursos aprobados.

Recobros y reclamaciones

Desde la entrada en operación de ADRES, la entidad ha garantizado el proceso de reconocimiento y pago de recobros por tecnologías en salud y servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, así como las reclamaciones por indemnizaciones y gastos médicos por accidentes de tránsito donde el vehículo involucrado es no asegurado (póliza SOAT) o no identificado; eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas. Es preciso indicar que los trámites realizados en Junio y Julio de 2017 fueron realizados por el MSPS mediante la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

Pagos efectuados en recobros

Durante el periodo comprendido entre el junio de 2017 y febrero de 2018, se ha efectuado el reconocimiento y pago de recobros de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, por valor de \$2,41 billones, de acuerdo con el siguiente detalle:

Cuadro 62. Recobros

Concepto	2017		2018	Total
	Junio-Julio (SAYP 2011)	Agosto-Diciembre (ADRES)	Enero-Febrero (ADRES)	
Paquetes corrientes	322.143.186.118,7	1.305.449.976.569,3	494.097.846.074,2	2.121.691.008.762,2
Giro directo	214.184.756.929,1	829.318.875.105,8	299.485.805.723,9	1.342.989.437.758,7
Ordenado EPS	107.958.429.189,7	476.131.101.463,6	194.612.040.350,3	778.701.571.003,5
Paquetes MYT 04	21.421.873.986,4	16.995.088.250,4	-	38.416.962.236,8
Ordenado EPS	21.421.873.986,4	16.995.088.250,4	-	38.416.962.236,8
Paquetes especiales	18.565.088.446,1	196.445.143.740,6	31.740.472.850,2	246.750.705.036,9
Giro directo	16.933.644.999,6	193.677.913.506,8	31.664.969.176,5	242.276.527.682,9
Ordenado EPS	1.631.443.446,5	2.767.230.233,8	75.503.673,7	4.474.177.354,0
Total	362.130.148.551,2	1.518.890.208.560,3	525.838.318.924,4	2.406.858.676.035,9

Fuente: ADRES. Dirección de Otras Prestaciones.

Se puede observar que el 66% del valor girado fue efectuado directamente a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud y corresponde a \$1.6 billones.

A continuación, se señalan los valores ordenados por EPS, así:

Cuadro 63. Recobros

EPS	Valor ordenado (\$)
NUEVA EPS	675.062.186.140,4
EPS SURA	453.627.309.821,5
SANITAS E.P.S.	322.227.554.647,0
COOMEVA EPS	319.391.851.751,7
EPS FAMISANAR LTDA	126.288.654.319,4
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	107.309.560.595,8
COMPENSAR EPS	106.616.820.974,8
EPS S.O. S	91.240.625.873,0
CAFESALUD E.P.S.	85.636.979.614,2
COMFENALCO VALLE EPS	27.792.626.119,9
Otras	91.664.506.178,2
Total	2.406.858.676.035,9

Fuente: ADRES. Dirección de Otras Prestaciones

Respecto de los beneficiarios del giro directo es preciso indicar que corresponden a 750 prestadores o proveedores.

A continuación, se presentan los principales beneficiarios:

Cuadro 64. Giro directo

IPS	Vlr. giro
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	193.840.925.725,2
AUDIFARMA S A	136.511.035.833,0
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	91.278.544.405,1
CLINICA COLSANITAS S.A.	78.849.510.359,6
CORPORACION HOSPITAL JUAN CIUDAD	72.719.230.356,3
ETICOS SERRANO GOMEZ LTDA	72.167.792.433,9
MEDICAMENTOS POS S. A.	45.433.743.092,7
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA	41.040.222.764,9
COMFAMA	36.191.641.662,1
MEDICARTE S. A	34.560.066.003,8
MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS SA	33.276.191.799,4
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER "FOSCAL"	32.434.650.021,4
DIAGNOSTICO Y ASISTENCIA MÉDICA S. A. - DINÁMICA IPS	32.224.369.987,6
FUNDACION CLINICA VALLE DE LILI	25.461.092.349,1
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	24.274.765.287,8
COMFANDI	23.531.473.912,1
CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S A	22.785.910.025,7
FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA	18.819.532.030,2
CLINICA DE OCCIDENTE S. A.	17.306.955.355,9
Otras	552.558.312.035,7
Total	1.585.265.965.441,6

Fuente: ADRES. Dirección de Otras Prestaciones

Pagos efectuados en reclamaciones

Durante el periodo comprendido entre junio de 2017 y febrero de 2018 se tramitaron 415.909 reclamaciones, contenidas en 40 paquetes, desagregados así: 25 paquetes corresponden al trámite ordinario de auditoría; 10 paquetes a respuesta a glosa, 4 paquetes a mecanismos excepcionales para saneamiento de cuentas (glosa transversal); y 1 paquete especial correspondiente al trámite de reclamaciones de las víctimas de Mocoa y Manizales. A continuación, se detalla la citada información:

Cuadro 65. Reclamaciones

Mes de pago	Reclamaciones auditadas (A)	Valor reclamado (B)	Valor aprobado	Valor promedio reclamado (B/A)
Junio (SAYP)	39.790,0	57.353.776.527,5	19.351.835.926,0	1.441.411,8
Julio (SAYP)	99.093,0	128.513.065.325,2	42.949.529.616,3	1.296.893,5
Agosto	14.892,0	32.167.676.834,0	11.177.618.200,0	2.160.064,3
Septiembre	32.659,0	45.382.554.146,0	19.922.709.752,0	1.389.588,0
Octubre	42.570,0	63.913.522.470,0	22.031.464.583,0	1.501.374,7
Noviembre	26.266,0	33.279.537.503,0	15.919.478.061,0	1.267.019,6
Diciembre	97.360,0	152.467.224.537,0	57.995.731.797,0	1.566.015,0
Enero - 2018	-	-	-	-
Febrero - 2018	63.279,0	108.962.366.082,0	55.123.681.398,5	1.721.935,7
Total	415.909,0	622.039.723.424,7	244.472.049.333,8	1.495.615,0

Fuente: Cierre de paquetes ECAT- Corte a 28 de febrero de 2018. SII- ECAT.

Del total aprobado para pago, el 97,9% obedece a eventos de accidentes de tránsito; el 2,1% a eventos de catástrofe natural y el 0,1% obedece a eventos terroristas.

Cuadro 66. Valores pagados tipo de evento vigencia junio 2017-febrero 2018.

Mes de pago	Accidente de tránsito	Catástrofe natural	Evento terrorista	Total
Junio (SAYP)	23.053.225.037,1	128.817.290,0	11.587.801,0	23.193.630.128,1

Mes de pago	Accidente de tránsito	Catástrofe natural	Evento terrorista	Total
Julio (SAYP)	38.992.250.067,7	73.990.535,5	41.494.811,0	39.107.735.414,2
Agosto	7.287.349.105,5	3.875.367.004,5	14.902.090,0	11.177.618.199,9
Septiembre	19.798.690.048,5	121.657.606,0	2.362.098,0	19.922.709.752,5
Octubre	21.972.078.069,4	58.789.414,0	597.100,0	22.031.464.583,4
Noviembre	15.905.302.058,0	13.772.739,0	403.264,0	15.919.478.061,0
Diciembre	57.706.437.462,6	205.728.127,5	83.566.206,0	57.995.731.796,1
Enero-2018	-	-	-	-
Febrero-2018	28.025.083.793,3	33.942.984,5	137.700,0	28.059.164.477,8
Total	212.740.415.641,9	4.512.065.701,0	155.051.070,0	217.407.532.412,9

Fuente: Cierre de paquetes ECAT- Corte a 28 de febrero de 2018. SII- ECAT

Así mismo, del total aprobado para pago, el 91% corresponde a pago por servicios en salud prestados por las IPS (Personas Jurídicas) a las víctimas y el 9% restante corresponde al reconocimiento por concepto de indemnizaciones por muerte y gastos funerarios a los beneficiarios de las víctimas como lo indica el siguiente cuadro; vale precisar que dentro de los valores reconocidos por concepto de indemnización por muerte y gastos funerarios para el mes de agosto la ADRES realizó el pago de las indemnizaciones de las víctimas de Mocoa y Manizales (eventos de catástrofe natural) por valor de \$3.782.335.510.

Cuadro 67. Valores pagados tipo de reclamante vigencia junio 2017–febrero 2018

Mes de pago	Persona jurídica	Persona natural	Total
Junio	22.013.477.218,6	1.180.152.909,5	23.193.630.128,1
Julio	36.875.045.540,4	2.232.689.873,8	39.107.735.414,2
Agosto	4.084.586.638,5	7.093.031.561,5	11.177.618.199,9
Septiembre	18.216.957.167,2	1.705.752.585,3	19.922.709.752,5
Octubre	21.056.484.203,4	974.980.380,0	22.031.464.583,4
Noviembre	15.919.478.061,0	-	15.919.478.061,0
Diciembre	54.618.517.824,6	3.377.213.971,5	57.995.731.796,1
Enero-2018	-	-	-
Febrero-2018	25.217.885.744,1	2.841.278.733,7	28.059.164.477,8
Total	198.002.432.397,8	19.405.100.015,2	217.407.532.412,9
%	91%	9%	

Fuente: Cierre de paquetes ECAT- Corte a 31 de diciembre de 2017. SII- ECAT

Reintegro de recursos

En virtud del procedimiento de reintegro de recursos que actualmente adelanta la firma encargada de realizar la auditoría integral a los recobros y reclamaciones, se han efectuado las acciones tendientes a:

- Identificar el recaudo de las restituciones efectuadas:

La Dirección de Recursos Financieros de la ADRES informó las consignaciones por concepto de reintegro de recursos que las EPS/IPS y personas naturales efectuaron con ocasión de la aplicación del procedimiento en virtud de la Resolución 3361 de 2013 de junio de 2017 a febrero de 2018. Producto del análisis efectuado, se identificaron los siguientes valores reintegrados por EPS/IPS/personas naturales, así:

Cuadro 68. Recaudo por concepto de reintegro junio 2017–febrero 2018

Línea	Capital	Intereses / IPC	Total
Reclamaciones	1.245.241.216,5	182.049.543,1	1.427.290.759,6
Recobros	475.068.252,0	252.500.809,2	727.569.061,3
Total general	\$ 1.720.309.468,5	\$ 434.550.352,3	\$ 2.154.859.820,8

Fuente: Dirección de Otras Prestaciones y Dirección de Gestión de Recursos Financieros

El detalle del recaudo se presenta por causal de reintegro a continuación:

Cuadro 69. Recaudo por causal de reintegro agosto 2017–febrero 2018

Causal	Capital	Intereses / IPC	Total consignado
Reclamaciones			
Mayor valor cobrado por ítem	13.555,0	3.499,3	17.054,3
Mayor valor cobrado por tope	1.504.580,9	97613,9	1.602.194,9
Otros - servicios no prestados por la entidad	1.240.332.845,5	179.751.501,3	1.420.084.346,8
Pagos aseguradora	569.945,0	10.657,5	580.602,5
Pagos dobles reclamaciones	2.820.290,0	2.186.270,9	5.006.560,9
Total reclamaciones	1.245.241.216,5	182.049.543,1	1.427.290.759,6
Recobros			
BDA	31.193.801,4	4.247.048,7	35.440.850,0
Caso particular	45.839.784,2	118.466.721,5	164.306.505,7
Duplicados	1.068.593,0	275.670,0	1.344.263,0
Medicamentos plan de beneficios	244.337.251,4	90.331.155,7	334.668.407,0
Pagos dobles	8.556.549,0	710.324,1	9.266.873,1
Porcentaje de pago en fallo de tutela	39.633.606,5	11.689.584,2	51.323.190,7
Procedimientos e insumos incluidos en el plan de beneficios	62.238.984,0	23.475.204,2	85.714.188,2
RNEC	4.955.581,8	189.974,4	5.145.556,2
Valores máximos	37.244.100,8	3.115.126,6	40.359.227,4
Total recobros	475.068.252,0	252.500.809,2	727.569.061,3
Total	\$ 1.720.309.468,5	\$ 434.550.352,3	\$ 2.154.859.820,8

Fuente: Dirección de Otras Prestaciones y Dirección de Gestión de Recursos Financieros

- Aplicar los descuentos autorizados:

De acuerdo con lo reportado por la Firma Auditora de Recobros y Reclamaciones Unión Temporal FOSYGA 2014, respecto de los descuentos autorizados por las entidades recobrantes y reclamantes por concepto de reintegro de recursos, los mismos fueron aplicados en los pagos que se han efectuado a favor de las EPS/IPS/personas naturales:

Por concepto de reclamaciones se han efectuado descuentos por valor de \$25.756.380,8 según el siguiente detalle:

Cuadro 70. Descuentos por concepto de reclamaciones

IPS	Capital	Intereses	Total descontado
DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	9.165.955,0	9.363.884,6	18.529.839,6
ESPECIALISTAS ASOCIADOS S.A.	2.232.861,0	97.553,8	2.330.414,8
E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA	1.775.000,0	-	1.775.000,0
HOSPITAL MARIA INMACULADA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	815.111,0	-	815.111,0
CONGREGACIÓN DE DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SENA CLINICA NUEVA	706.300,0	-	706.300,0
CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA	461.100,0	13.914,51	475.014,5
HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION - CLÍNICA EL ROSARIO	78.600,0	388.316,00	466.916,0
CENTRO MEDICO Y ODONTOLOGICO ORALSER S.A	301.200,0	2.744,00	303.944,0
FUNDACION CARDIOINFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	166.900,0	-	166.900,0
E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE GACHETA	72.600,0	11.500,00	84.100,0
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	44.900,0	-	44.900,0
CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	27.256,0	-	27.256,0
I.P.S. UNIVERSITARIA - UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	20.534,0	-	20.534,0
CLINICA MEDILASER LTDA -CLÍNICA DE UROLOGIA	5,0	6.602,08	6.607,8
CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA	3.536,0	-	3.536,0
SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD	5,0	0,9	5,9
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA	2,0	-	2,0
Total general	15.871.865,0	9.884.515,8	25.756.380,8

Fuente: Dirección de Otras Prestaciones y Dirección de Gestión de Recursos Financieros

Por concepto de recobros, la NUEVA EPS autorizó la aplicación de descuento de \$565.479.498,9 monto que se descontó en el paquete de junio de 2017, así:

Cuadro 71. Descuentos

Comunicación UT	EPS	Capital	Valor intereses IPC	Total
UTF2014-RNG-8127	NUEVA EPS	28.238.512,0	1.532.121,7	29.770.633,7
UTF2014-RNG-8128	NUEVA EPS	23.650.450,8	1.138.021,6	24.788.472,4
UTF2014-RNG-8539	NUEVA EPS	21.956.295,2	777.622,2	22.733.917,4
UTF2014-RNG-8128	NUEVA EPS	215.613,0	10.306,5	225.919,5
UTF2014-RNG-8540	NUEVA EPS	182.309.171,1	6.846.780,6	189.155.951,7
UTF2014-RNG-8542	NUEVA EPS	38.431.499,4	606.120,8	39.037.620,2
UTF2014-RNG-8573	NUEVA EPS	84.479.448,0	3.129.980,4	87.609.428,4
UTF2014-RNG-8786	NUEVA EPS	57.911.026,6	13.078.956,9	70.989.983,5
UTF2014-RNG-9075	NUEVA EPS	14.483.755,0	653.673,2	15.137.428,2
UTF2014-RNG-9185	NUEVA EPS	681.002,0	6.523,2	687.525,2
UTF2014-RNG-9209	NUEVA EPS	84.352.035,0	990.583,8	85.342.618,8
TOTAL		\$536.708.808,0	\$28.770.690,9	\$565.479.498,9

Fuente: Dirección de Otras Prestaciones y Dirección de Gestión de Recursos Financieros

Por lo anterior, se tiene que, como producto de las actividades adelantadas por la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, se han recuperado recursos por valor de \$2.746.095.700,6 que se distribuyen así: i) \$2.154.859.820,8 consignado por las EPS e IPS y ii) \$591.235.879,7 que fueron descontados por ADRES de valores a favor resultantes del proceso de auditoría integral tanto de recobros como de reclamaciones.

5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CALIDAD Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

5.1 La Política Integral de Atención en Salud (PAIS) y el Nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

La Política Integral de Atención en Salud (PAIS), es una respuesta a lo establecido en la LES y al Art. 65 del Plan Nacional de Desarrollo (PND), en particular en lo referente a la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas. Uno de los principales objetivos de la política es evitar que las urgencias sean la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema de salud. Adicionalmente, se estipularon las condiciones de habilitación de las Redes Integrales de Prestación de Servicios en Salud (RIPSS).

Esta política beneficia a los colombianos porque centra la acción de salud en las personas, no en las IPS ni en las EPS. Garantiza el acceso efectivo de los ciudadanos a los servicios de salud, con acciones y prestaciones desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, paleación y reinserción social, en todas las etapas de la vida y lo más cerca posible a su cotidianidad. Articula a todos los agentes, ciudadanos, gobiernos territoriales, EPS, prestadores de servicios, proveedores y coordina los sectores orientados al bienestar de la población para modificar de manera efectiva los determinantes de la salud, mejorar continuamente los resultados en salud y cerrar brechas de inequidad social. La política comprende cuatro estrategias y un componente operativo (el MIAS con sus diez componentes⁶¹), consistente en el marco para la organización de actores e instituciones para que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados.

Con la Política de Atención Integral en Salud, el Ministerio expidió la Resolución 3202 de 2016 por medio de la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación gradual de las Rutas Integrales de Atención en Salud–RIAS (componente dos del MIAS), relacionadas a continuación:

- Para la promoción y mantenimiento de la salud.
- Para la población materno–perinatal.
- Para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio–cerebro–vascular–metabólicas manifiestas (Hipertensión Arterial-TA, Diabetes Mellitus–DM y Obesidad).
- Para la población con riesgo o presencia de cáncer (de mama y cérvix).
- Para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales (atención a la desnutrición aguda para menores de 5 años).
- Para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
- Para la población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas (Enfermedades Transmitidas por Vectores-ETV: Chagas, Leishmaniosis, Malaria, Dengue, Chikungunya y Zika).

En materia de promoción y mantenimiento, se definieron los lineamientos para la implementación de las RIAS y se expidió el documento de directrices para la educación para la salud en el marco de las mismas.

El contenido de las rutas prioriza las atenciones en el entorno familiar, social y comunitario. Se fortalecen los prestadores primarios (puestos, centros y hospitales de baja complejidad), en materia de infraestructura, tecnología, equipos de salud intra y extramurales. Adicionalmente, se espera que la coordinación se centre en médicos especialistas en medicina familiar de manera que se aumente la capacidad resolutoria y se pueda responder a las necesidades de la población. La política tiene un enfoque diferencial para afrontar la compleja realidad territorial.

⁶¹ Componentes del MIAS: 1. Caracterización poblacional; 2. Rutas integrales de atención en salud (RIAS); 3. Gestión integral del riesgo en salud (GIRS); 4. Delimitación territorial del MIAS; 5. Redes integrales de prestadores de servicios de salud; 6. Redefinición del rol del asegurador; 7. Redefinición del sistema de incentivos; 8. Sistema de información; 9. Fortalecimiento del recurso humano en salud; y, 10. Investigación, innovación y apropiación de conocimiento.

Teniendo en cuenta los retos adicionales que tienen que enfrentar las zonas con población rural dispersa, se dio inicio al MIAS para zonas apartadas. Inicialmente se emprendió este nuevo modelo a través de un piloto en el departamento de Guainía que está mostrando el camino para que el sistema se adapte a las realidades de otras regiones, reconociendo las particularidades étnicas y geográficas existentes. El modelo se opera con un único asegurador, una red integrada de servicios de salud para el régimen subsidiado y gestores en salud en 23 comunidades concentradas a lo largo de las 5 cuencas hidrográficas del departamento. Se fortaleció la infraestructura con una inversión de \$8.316 millones para Barrancominas y los puestos de salud Paujil, Coayare, Caranacoa y Cacahual y se emprendió el proyecto del mejoramiento del Hospital Manuel Elkin Patarroyo de Inírida.

Para el cierre de 2017 se reportó una mejora histórica en los indicadores de salud de Guainía así: el acceso a los servicios de salud pasó del 17 al 79 por ciento, se presentaron cero muertes maternas y una de las tasas más bajas del país por muerte perinatal y neonatal tardía, lo cual contribuye a la sostenibilidad del modelo en el tiempo (ver cuadro siguiente).

Cuadro 72. Comparativo de indicadores de resultado Colombia – Guainía

Indicador	Colombia			Guainía		
	2005	2015	2017	2005	2015	2017
Mortalidad materna a 42 días	70	54	50	386	666	0
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	10	7	14	27	10	10
Mortalidad asociada a desnutrición en menores de 5 años	15	7	2	42	39	19

Fuente: Datos 2005-2015: Cubo de indicadores - estadísticas vitales SISPRO. Consultado el 02/01/2018; datos 2017: Instituto Nacional de Salud

Nota: Estos indicadores corresponden a razón de mortalidad por cada 100 000 habitantes en cada caso

Adicionalmente se logró la articulación con la institucionalidad indígena garantizando atención en salud con tratamiento diferencial y con enfoque intercultural. El empoderamiento del modelo en lo local también ha permitido procesos más eficientes y con mejores resultados en la operación. La capacitación continua a los trabajadores de la salud en salud familiar y comunitaria con enfoque intercultural ha brindado mejores resultados en salud. Contar con un único asegurador y rutas materno–infantiles ha permitido que haya mejor resolutiveidad en apoyo al hospital de Inírida.

Los resultados en Guainía se alcanzaron gracias al trabajo armónico y persistente entre el MSPS y la Gobernación, que desde el inicio del piloto se enfocaron a mejorar aspectos como accesibilidad, brechas en salud, sostenibilidad financiera y alcanzar la participación comunitaria, siempre teniendo como propósito común la salud de las personas, el respeto, el trabajo participativo con los pueblos indígenas y la opinión de todos los grupos de interés involucrados.

Ahora que el MIAS en Guainía ha generado lecciones aprendidas y planteamiento de acciones entre los actores para abordar los retos y las dificultades identificadas en la implementación. Así, este modelo puede ser replicado en otras regiones de Colombia donde la dispersión geográfica de sus pobladores es una característica.

Además de Guainía, el nuevo MIAS ha tenido gran acogida en varias ciudades y regiones del país como Bogotá, Medellín, Barranquilla, Ibagué, Risaralda, Cauca, Chocó y La Guajira. Las Fuerzas Militares y la Policía también han adelantado el modelo.

5.2 Habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud

Corresponde al componente cuatro del MIAS. Los enfoques de la calidad en salud han venido cambiando en los últimos años y, en consecuencia, el Ministerio actualiza algunos de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en la medida en que ya no se centran exclusivamente en los atributos presentes en los servicios ni en la satisfacción de los usuarios, sino en que todos los integrantes del SGSSS intervengan en el logro de resultados.

Con el fin de propender por el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud provistos por las EPS, el Ministerio -en el marco de lo establecido por las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 y 1753 de 2015- desarrolló los lineamientos, regulación, instrumentos metodológicos y herramientas informáticas para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud-RIPSS, como (quinto) componente de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y su soporte operativo el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS (artículo 65 Ley 1753 de 2015 y Resolución 429 de 2016).

Con las RIPSS que deben habilitar las EPS en cada uno de los departamentos o distritos en los cuales están autorizadas para operar (proceso que se debe llevar a cabo ante tales entidades territoriales), se conformarán y organizarán con la disponibilidad y suficiencia de la oferta de servicios, que permita la gestión integral del riesgo y la atención en salud a sus afiliados en condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutivez. Para lo anterior, las RIPSS se conformarán y organizarán por componentes primarios y complementarios de servicios de salud. Los primeros son los encargados de las acciones individuales y colectivas de fomento y autocuidado de la salud, protección específica, búsqueda activa de casos, detección temprana, tratamiento y rehabilitación básica, apoyando la gestión del riesgo en salud en lo de su competencia; en tanto los complementarios son los encargados de la atención de eventos de mayor complejidad que requieren de elementos tecnológicos y personal especializado.

Como soporte a los desarrollos sobre las RIPSS, se elaboró el documento técnico “Redes Integrales de prestadores de servicios de salud Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación”, como base para la formulación, socialización y expedición de la Resolución 1441 de abril 21 de 2016 “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones”. Para apoyar su implementación se desarrollaron y publicaron, en el portal web del Ministerio, documentos técnicos para los actores con responsabilidades en dicha habilitación, como los manuales para EPS, Entidades Territoriales Departamentales y Distritales y la Superintendencia Nacional de Salud, que sirvieron de base para los procesos de asistencia técnica brindados a los mismos durante las vigencias 2016-2018.

Para la habilitación de las RIPSS se diseñó y fue puesto en operación el Módulo de Redes del REPS⁶², el cual es un aplicativo planificado en ambiente web que tiene como propósito registrar y soportar las diferentes etapas del proceso de habilitación (entrada, permanencia – incluyendo novedades- y renovación de ésta), con las actuaciones de los agentes y entidades en el mismo. Conforme a lo dispuesto por el artículo 16 de la Resolución 1441 de 2016 y la Circular 043 de noviembre 28 de 2017, con la entrada en operación de éste módulo desde diciembre de 2017 las EPS disponen de 12 meses a partir de esta fecha para habilitar sus RIPSS.

De forma complementaria, para disponer de mayor información para la adecuada actualización de las RIPSS, la disponibilidad y suficiencia de la oferta y el cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación, se avanzó en la conceptualización y definición de las variables de captura sobre de talento humano, infraestructura y dotación, como información adicional en el REPS. Tales componentes suministrarán esta información con periodicidad de registro razonable, una vez concluidos sus desarrollos y formalizado su proceso de gestión mediante un acto administrativo.

5.3 Infraestructura hospitalaria y dotación

Se ha dispuesto un monto importante de recursos para el mejoramiento de la capacidad resolutivez de la oferta pública, destinado a la financiación de inversiones en infraestructura y dotación hospitalaria de las Empresas Sociales del Estado-ESE. Entre estos recursos se encuentran: los saldos de cuentas maestras y excedentes de rentas cedidas (Leyes 1608 de 2013 y 1393 de 2010), excedentes del FONPET-Lotto en Línea (Decreto 728 de

⁶² Registro Especial de Prestadores de Salud REPS. Para mayores detalles, se sugiere consultar: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

2013), del Sistema General de Regalías (Leyes 1530 y 1606 de 2012), recursos propios de las entidades territoriales y ESE, de la estrategia de Contrato Plan, del Presupuesto General de la Nación (PGN) y de líneas de crédito de redescuento de FINDETER con tasa compensada financiada por la Nación.

Resultado de lo anterior, se presenta la inversión que el MSPS realizó entre las vigencias 2014 y 2017 a través de proyectos de inversión de responsabilidad de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.

Cuadro 73. Inversión en el fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios en los componentes de Infraestructura y dotación 2014-2017

COP millones corrientes

Departamento	2014		2015		2016	2017	Total
	Contratos Plan	Recursos Nación	Contratos Plan	Recursos Nación	Recursos Nación	Recursos Nación Art 132, Ley 1815 de 2016	
Amazonas	-	1.794,6	-	-	-	-	1.794,6
Antioquia	5.331,8	-	-	36.122,1	-	-	41.453,9
Arauca	10.065,5	1.373,8	-	-	-	-	11.439,3
Atlántico	-	3.220,4	-	1.374,8	-	-	4.595,2
Bolívar	-	1.031,1	-	-	-	-	1.031,1
Boyacá	-	3.580,0	-	6.723,2	-	-	10.303,2
Caldas	-	295,9	-	2.223,8	-	-	2.519,7
Caquetá	-	4.709,5	-	-	-	-	4.709,5
Cauca	-	-	-	3.500,0	8.629,0	-	12.129,0
Cesar	-	953,4	-	-	-	-	953,4
Chocó	-	-	-	5.524,0	-	-	5.524,0
Córdoba	-	-	1.030,0	3.127,7	-	-	4.157,7
Cundinamarca	-	1.158,6	-	15.983,5	-	-	17.142,1
Huila	-	1.629,9	-	1.400,0	-	-	3.029,9
Magdalena	-	1.678,7	-	-	-	-	1.678,7
Meta	-	579,1	-	-	-	-	579,1
Nariño	-	-	-	1.828,2	-	-	1.828,2
Norte de Santander	-	-	-	7.677,7	-	-	7.677,7
Putumayo	-	-	-	10.000,0	-	-	10.000,0
Risaralda	-	-	-	2.618,1	-	-	2.618,1
Santander	7.883,1	-	-	1.001,8	-	16.042,4	24.927,2
Tolima	-	414,6	-	5.818,0	-	-	6.232,6
Valle del cauca	-	1.580,4	-	-	-	-	1.580,4
Total general	23.280,4	24.000,0	1.030,0	104.922,8	8.629,0	16.042,4	177.904,6

Fuente: DPSAP - Fecha de corte 6 de abril de 2018

En este contexto, se han llevado a cabo acciones orientadas a monitorear el avance en la ejecución de estos proyectos, con el fin de consolidar y analizar la información de ejecución de los recursos asignados a las Empresas Sociales del Estado o las entidades territoriales, de acuerdo con los respectivos actos administrativos, empleando para tal efecto una herramienta de seguimiento, en la que se registra la información de variables trazadoras.

De manera complementaria, para el fortalecimiento de la capacidad institucional MSPS y de las entidades territoriales de salud, se adelantan acciones relacionadas con la formulación, actualización e implementación de lineamientos para la dirección y gestión integral de infraestructura física en salud y la dotación hospitalaria, en función de mejoras en la atención de las demandas de salud de la población, en el marco de las Redes Integrales de

Prestadores de Servicios de Salud, los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de ESE y los correspondientes planes bienales de inversiones públicas en salud.

Específicamente, se avanza en la preparación del acto administrativo que modifique la Resolución 4445 de 1996, relacionada con las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares; en la validación, ajuste y elaboración de instrumentos y metodologías complementarias (manuales, guías, entre otros) para la gestión de la infraestructura en salud y la dotación hospitalaria, y en la puesta en operación de estrategias e instrumentos para la movilización y cofinanciación de inversiones en infraestructura y dotación de equipos de forma coordinada y eficiente, con recursos de las diferentes fuentes disponibles para este fin.

5.4 Prevención y atención de emergencias y desastres

Colombia, por su posición geográfica, condiciones ambientales y sociales, está expuesto a un panorama importante de amenazas que hacen que el país sea proclive a ser afectado por situaciones de emergencia o desastre. En este orden de ideas, eventos naturales tales como fenómenos climáticos, sísmicos, volcánicos y los asociados a la actividad humana, como los accidentes tecnológicos, el conflicto armado, las movilizaciones sociales, entre otros, se constituyen en generadores de riesgo para la salud de las comunidades afectadas.

Con la Ley 1523 de 2012 se ajusta y actualiza la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se crean los consejos departamentales, distritales y municipales de Gestión del Riesgo de Desastres que se convierten en importantes instancias de coordinación, asesoría, planeación y seguimiento de las políticas, programas y acciones que tiene el propósito de garantizar la efectividad y articulación de los procesos de conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y de manejo de desastres en la entidad territorial correspondiente.

En este marco del Sistema de Gestión del Riesgo de Desastres, corresponde al MSPS –entre otros asuntos– los siguientes:

- Formular y evaluar políticas relacionadas con la gestión del riesgo en materia de emergencias y desastres en el sector salud.
- Consolidar un sistema de atención de emergencias médicas para los distintos niveles territoriales.
- Implementar y evaluar el programa de “Hospitales Seguros frente a los Desastres”.
- Garantizar reservas de medicamentos e insumos necesarios para apoyar la atención de situaciones de emergencia o desastres.
- Promover la participación social y ciudadana en la gestión territorial.

El sector salud debe estar preparado para atender estos eventos de emergencia o desastre en todos los niveles de administración pública. Así las cosas, el objetivo general de la gestión sectorial en el tema es mejorar la capacidad de respuesta institucional y de todas las entidades del sector de manera que se puedan atender adecuadamente las responsabilidades del sector salud en el Sistema Nacional de Gestión de Riesgo.

Respondiendo a lo estipulado en la legislación vigente, la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del MSPS contribuye con el fortalecimiento de las capacidades de las direcciones territoriales de salud a través de la coordinación con las demás dependencias del Ministerio para el mejoramiento de los procesos de gestión territorial en salud, con criterios de eficacia y efectividad, con el fin de identificar problemas, planificar, implementar y monitorear intervenciones.

Así mismo, promueve la participación social y ciudadana a través del fortalecimiento de los espacios de participación y control social en la gestión de las entidades del sector salud, con el fin de garantizar la adecuada prestación del servicio a los usuarios del sistema.

Programa Atención Emergencias Sanitarias

En el último cuatrienio se asignaron recursos para las siguientes actividades (ver cuadro):

- Fortalecimiento de los Centros Reguladores de Urgencia, Emergencias y Desastres (CRUE) del Sector: Se realizaron transferencias por \$1.819.460.000 con el fin de fortalecer los CRUE, para apoyar la gestión y compra de elementos o servicios que permitan mejorar la calidad, eficiencia y oportunidad de apoyo en la atención de salud a los pacientes afectados por urgencias, emergencias y desastres.
- Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva, Centro Nacional de Comunicaciones, transporte y evacuación de emergencias: Con el fin de apoyar la respuesta ante los eventos adversos que afecten a la población colombiana, el Ministerio realizó las adquisiciones necesarias de los elementos y servicios indispensables para fortalecer el Centro Nacional de Reserva del Sector Salud y la respuesta sectorial ante desastres.

Cuadro 74. Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva

Vigencias	Fortalecimiento	Valor
2014-2017	Centro Reguladores de Urgencias y Emergencias–CRUE	\$ 1.819.460.000
	Centro Nacional de Reservas	\$ 1.357.454.995
	Centro Nacional de Comunicaciones	\$ 571.579.745
	Transporte y evacuación de emergencias	\$ 242.703.321
TOTAL		\$ 3.991.198.061

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, Resoluciones 071/2014, 120/2015, 072/2016, 347/2017

Para la vigencia 2018 se tienen apropiados \$1.241 millones para las mismas actividades según Decreto 2236 de 2017.

Plan Nacional de Salud Rural

La finalidad de este programa es contribuir con el mejoramiento de los servicios básicos e integrales de salud, es decir tanto a las personas como el medio ambiente, orientados a atender las poblaciones menores de 50 mil habitantes, pobres, rurales y marginadas urbanas del país a través de cofinanciación de proyectos que permitan mejorar la calidad de vida de la citada población. En esta materia se dieron los siguientes resultados (ver cuadro).

Cuadro 75. Proyectos cofinanciados

Programa	Vigencias	Proyectos cofinanciados	Valor
Plan Nacional de Salud Rural	2014	110	\$ 9.810.127.000
	2015	86	\$ 10.000.000.000
	2016	75	\$10.407.564.000
	2017	91	\$10.823.867.000
Total		362	\$41.041.558.000

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Para la vigencia 2018 se tienen apropiados \$11.148 millones para las mismas actividades según Decreto 2236 de 2017.

Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud

Con este programa se pretende contribuir con el mejoramiento de los servicios básicos e integrales de salud y se orientan al apoyo de poblaciones marginadas urbanas del país a través de la cofinanciación proyectos que permitan mejorar la calidad de vida de la citada población.

En el siguiente cuadro se exponen los respectivos resultados.

Cuadro 76. Proyectos cofinanciados

Programa	Vigencia	Proyectos cofinanciados	Valor
Apoyo a programas de desarrollo de la salud	2014	11	\$3.227.633.000
	2015	75	\$43.824.462.000
	2016	145	\$48.343.596.000
	2017	225	\$211.161.164.000
Total		456	\$306.556.855.000

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Para la vigencia 2018 se tienen apropiados \$94.379 millones asignados para las mismas actividades según Decreto 2236 de 2017.

Proyecto de inversión Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres

En el último cuatrienio se asignaron recursos de inversión con el fin de desarrollar un grupo de actividades para el fortalecimiento de la gestión sectorial frente a los desastres en los siguientes frentes:

- Fortalecimiento de la estrategia Hospital Seguro frente a los Desastres: Esta estrategia busca fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones prestadoras de servicios de salud ante emergencias y desastres. Durante el cuatrienio fueron distribuidos \$722 millones, así:

Cuadro 77. Hospitales Seguros frente a los Desastres

Vigencia	Acto administrativo	Valor en pesos
2014	Resolución 779 de 2014	\$ 220.000.000
2014	Resolución 5631 de 2014	\$100.000.000
2014	Resolución 5339 de 2014	\$70.000.000
2015	Resolución 5386 de 2015	\$102.000.000
2016	Resolución 6392 de 2016	\$30.000.000
2017	Resolución 4157 de 2017	\$200.000.000
Total		\$722.000.000

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, Resoluciones 779, 5339 5631/2014, 5386 de 2015, 6392 de 2016, 4157 de 2017

- Fortalecimiento de la Red Nacional de Radiocomunicaciones del sector salud con una inversión de \$215 millones con lo que se adquirieron de equipos de radiocomunicación para las diferentes entidades del sector.
- Con el fin de fortalecer las actividades de asistencia técnica en temas relacionados con la gestión de riesgo en desastres, se invirtieron \$3.739 millones.

Para la vigencia 2018 y actualmente en ejecución, se dispusieron \$1.000 millones con el fin de invertir en las mismas actividades (Decreto 2236 de 2017).

Proyecto de participación social

Entre las últimas vigencias se han destinado recursos de inversión por \$960 millones con el fin de promover la participación social y ciudadana a través del fortalecimiento de los espacios de participación y control social en la gestión de las entidades del sector salud, con el fin de garantizar la adecuada prestación del servicio a los usuarios del sistema (ver cuadro).

Cuadro 78. Actividades de participación social y ciudadana

Proyecto	Vigencia	Valor en pesos
Fortalecimiento de la participación y control social en el sector salud	2015	\$400.000.000
	2016	\$160.000.000
	2017	\$200.000.000

Proyecto	Vigencia	Valor en pesos
	2018	\$200.000.000
Total		\$960.000.000

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres.

En línea con anterior, para el periodo específico 2017–2018 se reporta lo siguiente:

Programa Atención Emergencias Sanitarias

A través de este programa, en la última vigencia se asignaron recursos así:

- Se realizaron transferencias por \$249 millones para el fortalecimiento de los CRUE (ver cuadro).

Cuadro 79. Fortalecimiento Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias

Vigencia	Fortalecimiento	Valor
2017	Secretaría Departamental de Salud de Huila	\$ 60.000.000
	Instituto Departamental de Salud de Nariño	\$ 30.000.000
	Secretaría Departamental de Salud del Guaviare	\$ 18.000.000
	Secretaría de Salud Departamental de Bolívar	\$ 81.460.000
	Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca	\$ 60.000.000
Total		\$249.460.000

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2017, Resolución 0347/2017

- El Ministerio realizó las adquisiciones necesarias de los elementos y servicios indispensables para fortalecer el Centro Nacional de Reserva del Sector Salud y la respuesta sectorial ante desastres por \$805 millones (ver cuadro).

Cuadro 80. Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva

Vigencia	Fortalecimiento	Valor
2017	Centro Nacional de Reserva	\$ 516.021.995
	Centro Nacional de Comunicaciones	\$ 189.361.988
	Transporte y evacuación de emergencias	\$ 100.000.000
Total		\$805.383.983

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2017, Resolución 0347/2017

Para 2018 se tienen apropiados \$1.241 millones según Decreto 2236 de 2017.

Plan Nacional de Salud Rural

En 2017 se destinaron \$10.824 millones con los que se apoyaron noventa y un (91) proyectos en igual número de instituciones de salud del país (ver cuadro).

Cuadro 81. Plan Nacional de Salud Rural 2017

No.	Dpto.	Tipos de proyecto					Total de proyectos apoyados	Total
		Apoyo infraestructura en salud	Dotación equipo médico	Otros (fortalecimiento CRUE e ISH, planta eléctrica y vehículos extramurales)	Transporte asistencial (TAB, TAM)	Unidad médica odontológica		
1	Antioquia	208,0	120,0	250,6	1.288,0	540,0	20	2.406,6
2	Bolívar				100,0		1	100,0
3	Boyacá		220,0		500,0	660,0	10	1.380,0
4	Caldas			90,0			1	90,0
5	Caquetá				100,0	180,0	2	280,0
6	Cauca				120,0		1	120,0

No.	Dpto.	Tipos de proyecto						Total de proyectos apoyados	Total
		Apoyo infraestructura en salud	Dotación equipo médico	Otros (fortalecimiento CRUE e ISH, planta eléctrica y vehículos extramurales)	Transporte asistencial (TAB,TAM)	Unidad médico odontológica			
7	Cesar			90,0				1	90,0
8	Chocó				774,0			5	774,0
9	Córdoba				277,0			3	277,0
10	Huila			90,0	725,0	540,0		12	1.355,0
11	La Guajira				170,0	400,0		3	570,0
12	Magdalena				458,0			5	458,0
13	Meta				115,7			1	115,7
14	Nariño				560,0	550,0		11	1.110,0
15	Norte de Santander				88,0			1	88,0
16	Putumayo			100,0				1	100,0
17	Quindío				253,0	180,0		3	433,0
18	Sucre					180,0		1	180,0
19	Tolima		200,0	206,7	240,0			7	646,6
20	Valle del Cauca				70,0	180,0		2	250,0
Total								91	10.823,9

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Para 2018 se cuenta con una apropiación de \$11.148 millones con el fin de apoyar las instituciones de salud del país, Entidades Territoriales y E.S.E.

Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud

En 2017 se contaba con una apropiación inicial de \$13.961 millones y antes de fin de año se adicionaron \$197.200 millones (para un total de \$211 mil millones) con los cuales se apoyaron ciento veintinueve (129) proyectos de diferentes Entidades Territoriales e IPS del país (ver cuadro).

Cuadro 82. Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud 2017

No.	Dpto./Distrito	Tipos de proyecto							Total proyectos apoyados	Total
		Apoyo en programas en PyP	Apoyo infraestructura en salud	Dotación equipo médico	Otros (fortalecimiento CRUE e ISH, planta eléctrica y vehículos extramurales)	Transporte asistencial (TAB,TAM)	Unidad médico odontológica			
1	Antioquia		3.517,0	5.118,0	173.000,0	368,0	180,0	14	9.356,0	
2	Atlántico			770,0		1.908,0	180,0	14	2.858,0	
3	Bolívar	3.354,1	2.107,0	3.000,0				5	8.461,1	
4	Boyacá		5.424,0		432,0	669,0	534,0	12	7.059,0	
5	Buenaventura D.E.		2.532,0					3	2.532,0	
6	Caldas					2.196,0		4	2.196,0	
7	Caquetá			445,0	100,0		180,0	3	725,0	
8	Cartagena D.T.				210,0			1	210,0	
9	Cauca	398,0		1.071,3		1.895,9		22	3.365,3	
10	Cesar			1.287,0				1	1.287,0	
11	Chocó				500,0	177,0		2	677,0	
12	Córdoba		48.403,0	6.038,0		90,0	180,0	13	54.711,0	
13	Cundinamarca		5.000,0			1.809,2		20	6.809,2	
14	Guainía					280,0		2	280,0	
15	Guaviare					120,0		1	120,0	
16	Huila			270,0	327,8	555,0		8	1.152,8	
17	La Guajira					100,0	570,0	4	670,0	

No.	Dpto./Distrito	Tipos de proyecto							Total
		Apoyo en programas en PyP	Apoyo infraestructura en salud	Dotación equipo médico	Otros (fortalecimiento CRUE e ISH, planta eléctrica y vehículos extramurales)	Transporte asistencial (TAB,TAM)	Unidad médica odontológica	Total proyectos apoyados	
18	Magdalena					1.430,0	180,0	16	1.610,0
19	Meta			400,0	300,0	600,0		7	1.300,0
20	Nariño				600,0	448,1		5	1.048,1
21	Norte de Santander		7.296,0	2.990,0	100,0	1.340,0		10	11.726,0
22	Putumayo	471,7	14.500,0		134,0			3	15.105,7
23	Quindío					992,0		6	992,0
24	Risaralda		18.040,9		1.200,9		1.360,0	14	20.601,8
25	Santander		33.524,0	560,0		380,0		11	34.464,0
26	Sucre		978,0	2.308,0				3	3.286,0
27	Tolima		2.342,0	3.339,0		520,0		9	6.201,0
28	Valle del Cauca		8.802,0	1.000,0	1.500,0	695,0	360,0	12	12.357,0
Total								225	211.161,2

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Para 2018 se cuenta con una apropiación de \$94.379 millones con el fin de apoyar las instituciones de salud del país, Entidades Territoriales y E.S.E.

Proyecto de Asistencia y Prevención de Emergencias y Desastres

En 2017 se asignaron recursos de inversión por \$1.000 millones con el fin de apoyar las siguientes actividades:

- A través del Programa de Actualización e Implementación de Planes Hospitalarios para Desastres, fueron asignados recursos con la siguiente distribución (ver cuadro).

Cuadro 83. Hospitales Seguros frente a los Desastres 2017

Institución	Resolución	Millones de pesos
E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito – Huila.	4157 de 2017	\$100
Hospital San Juan de Dios ESE	4157 de 2017	\$100
Total		\$200

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2017, Resolución 4157/ 2017

- Se brindó asistencia técnica especializada a la Red de Centros de Reguladores de Urgencias y Emergencias, con la conformación y determinación del mecanismo de operación de la Red.
- Se fortalecieron las actividades de asistencia técnica y se generó capacidad de respuesta del personal del sector salud en temas relacionados con la gestión de riesgo en desastres.

En 2018 se dispusieron \$1.000 millones para asistencia técnica y respuesta institucional

Proyecto de Participación Social

Para 2017 se asignaron recursos de inversión por \$200 millones para el fortalecimiento en asistencia técnica y capacidad institucional en temas relacionados con participación y control social en el territorio nacional. En 2018 se tienen dispuestos nuevamente \$200 millones.

5.5 Sistema Único de Habilitación

Con relación a los componentes del Sistema Único de Habilitación y del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud–SOGCS (Decreto 1011 de 2006 compilado en el Decreto 780 de 2016), las acciones realizadas durante el cuatrienio 2014–2018 se orientaron al mejoramiento de la organización y prestación de los servicios de salud, bajo condiciones de accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutivez.

Con respecto al Sistema Único de Habilitación, se continuó con las acciones para apoyar la implementación de la habilitación de los servicios de salud, así como el desarrollo de instrumentos para la habilitación de formas organizacionales de la prestación de servicios, como las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud por parte de las EPS y de Organizaciones Funcionales de Servicios por los prestadores (Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer; Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacias para la Atención Integral de Enfermedades Huérfanas y el Prestador Primario).

Para la implementación de la Resolución 2003 de 2014 que establece el procedimiento y las condiciones de inscripción de los prestadores y la habilitación de los servicios de salud, con los requisitos mínimos de obligatorio cumplimiento que deben cumplir para brindar seguridad a los usuarios frente a potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y a las condiciones en las cuales se ofrecen los mismos, durante el cuatrienio el Ministerio brindó asistencia técnica a las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales de Salud encargadas de dicho proceso y de la gestión del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud–REPS.

Así mismo, en términos de mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud, se expidieron las siguientes regulaciones:

- Resolución No. 651 de 2018, por la cual se establecen las condiciones de habilitación de los centros de referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacias para la atención integral de las enfermedades Huérfanas, así como la conformación de la red y subredes de centros de referencia para su atención.
- Resolución No. 482 de 2018, por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 0024 de 2017, por medio de la cual se establecen los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los Centros Vida y se establecen las condiciones para la suscripción de convenios docente-asistenciales.
- Decreto 1848 de 2017, por el cual se adiciona la Sección 2 al Capítulo 4 del Título 2 de la parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con el Sistema de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas–EPSI, aplicables durante el periodo de transición al Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural–SISPI y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1477 de 2016, Por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI" y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1441 de 2016, por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 2324 de 2016, por medio de la cual se adoptan los estándares de calidad para la atención en salud en los establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica y personas con trastorno mental sobreviniente a la privación de la libertad.
- Resolución 1416 de 2016, por la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014.
- Resolución 5158 de 2015, por la cual se adiciona el artículo 15 de la Resolución 2003 de 2014.

- Circular 0036 de 2015, por medio de la cual se brindan instrucciones sobre la inscripción y habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud de las instituciones públicas y privadas que prestan el servicio público de bienestar familiar.
- Resolución 226 de 2015, por medio de la cual se adiciona el numeral 2.2 del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado mediante la Resolución 2003 de 2014, en el sentido de establecer un trámite especial para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Resolución 3678 de 2014, por la cual se modifica la Resolución 2003 de 2014.
- Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Adicionalmente, el Ministerio adelanta iniciativas normativas para el componente del Sistema Único de Habilitación, las cuales han surtido procesos de socialización y validación y se encuentran en trámite, así:

- Proyecto de Resolución “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud”.
- Proyecto de Decreto Resolución para Habilitación Técnica de EPS.

De otro lado, la autoevaluación anual que deben realizar los prestadores para mantener la vigencia de su habilitación –establecida por la Resolución 2003 de 2014– muestra una tendencia a la baja en los prestadores inactivos por cuenta de dicho proceso, reflejando un empoderamiento de los mismos, al pasar de 9.007 en el año 2015 a 736 prestadores en el año de 2018, para aquellos que su vigencia estaba para el 30 de enero.

Cuadro 84. Prestadores inactivos por autoevaluación 2015–2018

Inactivos proceso de autoevaluación de servicios	30 de enero de 2015	30 de enero de 2016	30 de enero de 2017	30 de enero de 2018
Prestadores	9.007	2.223	1.012	736

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud–REPS.

Con respecto a la habilitación de servicios oncológicos, en el marco de lo preceptuado por el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el Artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012, el Ministerio estableció convenios con el Instituto Nacional de Cancerología para los años 2012–2016 para la verificación previa del cumplimiento de las condiciones de habilitación de nuevos servicios de oncología. A partir de 2017 el Ministerio asumió dicha actividad.

Cuadro 85. Servicios nuevos de oncología verificados entre el periodo 2012–2018

Tipo de servicio	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Consulta Externa	212	53	110	132	123	136	32
Quirúrgicos	31	11	31	16	32	14	9
Quimioterapia	30	4	17	11	12	9	2
Radioterapia	3	1	6	5	2	1	4
Medicina Nuclear	0	1	4	2	2	1	0
Total	276	70	168	166	171	161	47

Fuente: MSPS. Base de datos de verificación de Servicios Oncológicos. Corte a 30-abril-2018.

Habilitación de Unidades Funcionales

En el marco reglamentario de las Leyes 1384 y 1388 de 2010, el Ministerio expidió la Resolución 1477 de 2016 “Por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI" y se dictan otras disposiciones” (que derogó la definición de unidades funcionales del artículo 2 y el artículo 6 de la Resolución 1419 de 2013, así como la Resolución 4504 de 2012), mediante la cual se busca la integralidad en la atención en salud de pacientes con esta patología.

La citada norma señala los requisitos mínimos obligatorios que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud–IPS que de forma voluntaria deseen habilitarse y operar como Unidades Funcionales, para lo cual deberán contar con la verificación previa y habilitación por parte del MSPS. Para soportar el proceso de habilitación de estas organizaciones funcionales, se diseñó y puso en operación el Módulo de Unidades Funcionales del REPS, a la par que se ha prestado asistencia técnica a entidades territoriales departamentales y distritales y prestadores de servicios de salud mediante medios presenciales y virtuales.

En la actualidad se cuenta con una UFCA, habilitada en abril de 2017 en el departamento de Nariño, correspondiente a la Fundación Hospital San Pedro, la cual cuenta con otros prestadores como aliados estratégicos para brindar una atención integral en cáncer para adultos, como el Instituto Cancerológico de Nariño Limitada, Fundación Valle Del Lili, Asistencia Médica Domiciliaria de Nariño SAS-AMD SAS, entre otros. Así mismo, al consultar el Módulo de Unidades Funcionales del REPS, a marzo de 2018 se evidencia el registro de 9 prestadores con solicitudes en trámite para habilitar Unidades Funcionales, de los cuales 3 corresponden a solicitudes de UACAI ubicadas en Cali, Bucaramanga y Nariño, y 6 registros de prestadores para habilitar UFCA en ciudades de Nariño, Santander, Antioquia y Valle.

Habilitación de Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacia para la Atención de Enfermedades Huérfanas

Conforme a la Ley 1392 de 2011 que reconoce a las Enfermedades Huérfanas como un problema de especial interés en salud y adopta normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado a la población que padece tales enfermedades y a sus cuidadores, se llevó a cabo un proceso de revisión de fuentes sobre la materia, realización de propuesta técnica y normativa sobre la habilitación de centros para la atención de enfermedades huérfanas, socialización de la misma con representantes de asociaciones, Direcciones Territoriales de Salud, IPS, EPS y Superintendencia Nacional de Salud, así como su publicación en el portal web del Ministerio para conocimiento y aportes del público en general.

Como resultado de lo anterior, el 1 de marzo de 2018 se expidió la Resolución 651 de 2018 “Por la cual se establecen las condiciones de habilitación de los centros de referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacias para la atención integral de enfermedades huérfanas así como la conformación de la red y subredes de centros de referencia para su atención”, para cuya implementación el Ministerio viene prestando asistencia técnica a la entidades competentes e instituciones interesadas. La verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación de estos centros estará a cargo de las Direcciones Territoriales Departamentales y Distritales de Salud.

La postulación de un prestador para cualquier tipología de centro de referencia es voluntaria y el proceso correspondiente para su habilitación, así como sus novedades y demás actuaciones administrativas inherentes al mismo, se surtirá a partir de la entrada en operación del Módulo de Centros de Referencia para la atención de Enfermedades Huérfanas del REPS, el cual se encuentra en proceso de diseño. La información allí consignada, servirá de insumo para los diversos aseguradores para efectos de conformar las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud con participación de este tipo de organizaciones funcionales.

Habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud

Hace parte del componente 4 del MIAS: Los prestadores primarios, como organizaciones funcionales para la gestión del proceso de atención en lo relativo al componente primario de las RIPSS, deben cumplir para su habilitación y operación con los procesos, estándares y criterios mínimos que establezca para tal propósito el Ministerio, contando con capacidad para gestionar la prestación de servicios de salud en el contexto de las RIPSS y de la PAIS, que

contribuya a soportar la gestión individual del riesgo en salud agenciada por la EPS, así como las intervenciones colectivas a cargo de las Entidades Territoriales que le sean contratadas cuando sea el caso.

En el contexto de lo anterior, se elaboró una **propuesta** técnica sobre el Prestador Primario de Servicios de Salud y un Proyecto de Resolución “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud”, el cual surte el proceso de discusión, revisión y ajuste, en el marco de los procedimientos establecidos para su expedición. Una vez, se expida esta norma se desarrollará el Módulo de Prestador Primario del REPS para soportar el proceso de habilitación de estas formas de organización funcional.

Siendo un proceso voluntario a cargo de los prestadores de servicios de su salud, la habilitación de los mismos –como prestadores primarios en el marco de lo dispuesto por la PAIS y el MIAS– tiene como propósito contribuir a la cualificación de la oferta de prestadores de servicios de salud en los territorios para una mejor gestión de la atención en salud, para los objetivos y fines perseguidos. Como consecuencia, su aplicación será progresiva y gradual según las decisiones que adopten al respecto los propios prestadores de servicios de salud en el mercado.

5.6 Sistema Único de Acreditación

Con relación al Sistema Único de Acreditación–SUA, que tiene como propósito el logro de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios para la atención en salud por parte de IPS que de manera voluntaria y periódica demuestren el cumplimiento de los mismos, durante el período se brindó asistencia técnica a instituciones para la implementación del Decreto 903 de 2014 que introdujo ajustes a la acreditación tendientes a la actualización y modernización de su operación y a incentivar dicho proceso, el cual fue reglamentado por la Resolución 2082 de 2014 que dictó disposiciones para la operatividad del SUA, como la definición del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación –como instancia técnica de expertos en gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad en salud–, la determinación de las responsabilidades de las entidades acreditadoras; las etapas del ciclo de acreditación, entre otras.

Mediante la Resolución 6055 de 2016 se determinó la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el SUA para el cual se designaron sus miembros –a través de la Resolución 5135 de 2017– y se realizó la primera sección del Consejo en marzo de 2018, en la cual se estableció el plan de trabajo para el proceso de revisión de observaciones y actualización del Manual de Estándares de Acreditación para Laboratorios Clínicos.

De igual modo, se llevó a cabo la actualización del Manual de Estándares de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia Versión 3.1 con la inclusión de las recomendaciones generadas por *The International Organization Accreditations Standards* y la correspondiente versión en inglés.

En lo referente al Sello de Acreditación, se realizaron reuniones técnicas de equipo para avanzar conjuntamente con Procolombia en la gestión, revisión, definición y ajuste en la adopción del sello “Acreditación en Salud” del MSPS y marca Colombia. Actualmente está en curso el proyecto de acto administrativo para la adopción del Sello de Acreditación en Salud y el acta de entrega correspondiente.

Así mismo se expidió la Resolución 346 de 2017 “Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud”, esto es, ICONTEC como entidad acreditadora a nivel nacional del Sistema Único de Acreditación en Salud, al cumplir con los requisitos establecidos y contar con acreditación otorgada por la *International Society for Quality in Healthcare–ISQua* hasta enero de 2021 para organismos que realizan procesos de evaluación de instituciones de salud.

Finalmente, cabe señalar que se viene prestando asistencia técnica a las Direcciones Territoriales de Salud y a las Empresas Sociales del Estado en el enfoque de la Acreditación y su integración en el marco del Programa de Auditoría para el Mejoramiento continuo–PAMEC.

5.7 Modelo de Atención en Salud para población privada de la libertad y estándares de calidad para atención en salud en establecimientos de reclusión para inimputables

Hace parte del componente cuatro (4) del MIAS, sobre acceso efectivo. Para mejorar la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad, se expidió la Resolución 5159 de 2015 “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario—INPEC”, del cual se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud, las funciones asistenciales y logísticas, la responsabilidad de los diferentes actores involucrados con respecto a la atención de las personas privadas de la libertad y el proceso de referencia y contra referencia, dando lineamientos para que el INPEC y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios—USPEC garanticen una atención con calidad en salud a esta población.

Conforme a lo definido en la Resolución 3595 de 2016, las Unidades de Atención Primaria y Atención Inicial de Urgencias de los establecimientos penitenciarios y carcelarios en los cuales se preste la atención intramural, cumplirán las condiciones de calidad que se definan en los manuales técnico administrativos que expida el INPEC en coordinación con la USPEC.

Con la expedición del Decreto 1142 de 2016 se modificaron algunas normas contenidas en el Capítulo 11 del Título 1 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, en especial las relacionadas con la conservación de la afiliación para la población privada de la libertad que se encuentre afiliada al Régimen Contributivo o a regímenes exceptuados o especiales, mientras ésta continúe cumpliendo con las condiciones establecidas para pertenecer a dichos regímenes en los términos definidos por la ley y sus reglamentos, y podrá conservar su vinculación a un Plan Voluntario de Salud. Adicionalmente, se dispuso que las EPS, las entidades que administran los regímenes excepcionales y especiales y la USPEC, deberán adoptar los mecanismos financieros y operativos, necesarios para viabilizar lo allí dispuesto, respecto de la atención intramural de los servicios de salud de la Población Privada de la Libertad a cargo del INPEC. En consecuencia, se hizo necesario adecuar en lo pertinente el Modelo de Atención en Salud para la Población Privada de la Libertad bajo custodia y vigilancia del INPEC, expidiendo la Resolución 3595 de 2016 “Por medio de la cual se modifica la Resolución 5159 de 2015 y se dictan otras disposiciones”.

De otra parte, en desarrollo del artículo 24 de la Ley 65 de 1993, modificado por el artículo 16 de la Ley 1709 de 2014 y en desarrollo del Decreto 2245 de 2015 artículo 2.2.1.11.6.5, modificadorio del Decreto 1069 de 2015, se expidió la Resolución 2324 de 2016 “Por medio de la cual se adoptan los estándares de calidad para la atención en salud en los establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica y personas con trastorno mental sobreviniente a la privación de la libertad”.

A continuación se lista la normativa asociada con este aspecto:

- Decreto 903 de 2014, por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Resolución 2427 de 2014, por la cual se inscribe una entidad en el registro especial de acreditadores en salud.
- Resolución 6055 de 2016, por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Resolución No. 5217 de 2017, por la cual se designan los representantes ante la instancia de Coordinación y Asesoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Resolución No. 5135 de 2017, por la cual se designan miembros del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud.

5.8 Fortalecimiento de la gestión en la prestación de servicios de salud pública

En el país están habilitadas para operar 931 Empresas Sociales del Estado– ESE, distribuidas según nivel de atención en: 795 de primer, 111 de segundo y 25 de tercer nivel. De éstas, 928 corresponden a ESE del nivel territorial y 4 del nivel nacional. En total, las sedes de estas ESE ascienden a 3.487 que operan en todo el territorio nacional, con presencia importante en la mayoría de municipios del país.

Cuadro 86. ESE según nivel de atención, 2017

Nivel de atención	No. de ESE	Porcentaje
Primer nivel	795	85,4%
Segundo nivel	111	11,9%
Tercer nivel	25	2,7%
Total	931	100%

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS. Corte 31 de diciembre de 2017

Dichas ESE, con corte a diciembre de 2016 contaban con 54.700 cargos aprobados por las juntas directivas, de los cuales el 86% estaban ocupados y el 14% vacantes. Del total de cargos ocupados (47.310), el 52% corresponde a IPS de primer nivel de atención, el 23% a IPS de segundo nivel de atención y el 25% a las de tercer nivel de atención.

Teniendo en cuenta que el objeto de las ESE es prestar servicios de salud, en el siguiente cuadro se presenta la variación porcentual de la producción de servicios de salud de las ESE en los últimos años.

Cuadro 87. Producción de servicios de salud de las ESE, 2014–2017

Concepto	2014	2015	2016	2017	Var. % 2014–2017	Var. % 2016–2017
Camas de hospitalización	25.242	25.841	25.657	25.996	3,0%	1,3%
Total de egresos	1.786.759	1.764.904	1.678.863	1.742.958	-2,5%	3,8%
Porcentaje ocupacional	72,4%	73,4%	70,8%	71,3%	-1,1%	0,5%
Promedio día estancia	3,6	3,7	3,9	3,8	5,8%	-1,9%
Giro cama	71	68	65	67	-5,3%	2,5%
Consultas electivas realizadas	35.580.228	34.786.380	33.501.644	33.476.610	-5,9%	-0,1%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	29.469.622	28.578.372	27.687.531	27.599.810	-6,3%	-0,3%
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	1.314.262	1.415.400	1.547.678	1.681.405	27,9%	8,6%
Total cirugías realizadas	1.202.169	1.298.658	1.244.517	1.350.608	12,3%	8,5%
Número de partos	274.752	258.504	251.236	260.417	-5,2%	3,7%
% Partos por cesárea	34%	34%	34%	34%	0,1%	0,1%
Exámenes de laboratorio	61.185.832	62.766.122	64.008.011	66.342.491	8,4%	3,6%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	6.897.776	7.269.438	7.112.925	7.304.851	5,9%	2,7%
Dosis de biológico aplicados	16.224.497	15.246.656	13.626.495	13.616.163	-16,1%	-0,1%
Citologías cervicovaginales tomadas	2.273.256	2.157.370	2.032.166	2.095.271	-7,8%	3,1%
Controles de enfermería	9.364.105	9.494.774	9.224.421	8.980.996	-4,1%	-2,6%
Total producción medida en UVR (millones de unidades)	808.314.617	842.320.765	808.040.927	828.964.864	2,6%	2,6%

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria –SIHO. Información reportada por 907 ESE del total al SIHO, validada y presentada por las Direcciones Territoriales de Salud al Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2004 compilado en el Decreto 780 de 2016.

En este sentido, al medir la producción de servicios de salud en Unidades de Valor Relativo–UVR, metodología que permite la cuantificación de los productos intermedios hospitalarios de acuerdo con su complejidad facilitando así su medición y comparación, se observa que en la vigencia 2015 en los tres niveles de atención la producción

incrementó en 2016, nuevamente baja y presenta una recuperación del 2,6% en 2017 por efecto de la producción del primer y segundo nivel de atención.

Dicha producción de servicios generó ingresos por venta de servicios de salud que en promedio para los cuatro años de estudio representan el 69% del total de los ingresos reconocidos de las ESE. Del total de ingresos por venta de servicios de salud, el 67% corresponden al régimen subsidiado, el 11% al régimen contributivo, el 8% a los departamentos, distritos y municipios por atención a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, el 6% por las acciones del plan de intervenciones colectivas, igual porcentaje por otras ventas de servicios de salud y el 3% por SOAT-ECAT. Los ingresos recaudados totales están representados en promedio para los cuatro años por un 61% de venta de servicios de salud y su variación obedece en mayor parte al comportamiento presentado en las ESE de tercer nivel de atención.

Cuadro 88. Ingresos y gastos de las ESE, 2014–2017

Millones de \$ constantes 2017

Concepto	2014	2015	2016	2017	Var. % 2014 -2017	Var. % 2016 - 2017
Ingresos totales reconocidos	15.999.135	16.504.341	15.337.788	15.379.572	-3,9%	0,3%
Ingresos totales recaudados	12.646.839	12.586.948	11.534.060	11.304.418	-10,6%	-2,0%
Gastos totales comprometidos	12.723.678	13.240.907	12.320.915	12.214.235	-4,0%	-0,9%

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria –SIHO. Información reportada por 907 ESE del total al SIHO, validada y presentada por las Direcciones Territoriales de Salud al Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2004 compilado en el Decreto 780 de 2016.

Por su parte, del total de gastos comprometidos en promedio para 2014 a 2017, el 65% corresponde a funcionamiento (personal, gastos generales y trasferencias corrientes) y el 17% a operación comercial y prestación de servicios.

Planeación y gestión de la prestación pública de servicios de salud

Con el fin de fortalecer la prestación de servicios de salud a nivel territorial, se ha brindado asistencia técnica en los procesos de planeación y gestión de la oferta pública de servicios de salud a las entidades territoriales para una respuesta adecuada a la demanda de servicios de salud mediante la disposición de instrumentos para su implementación. Se destaca el acompañamiento en la ejecución de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes (PTRRM) de ESE, para el mejoramiento del acceso y fortalecimiento de la prestación pública de servicios de salud en condiciones de calidad, eficiencia y sostenibilidad (Leyes 715 de 2001 y 1450 de 2011).

Como resultado de lo anterior, las 37 direcciones territoriales de salud cuentan con PTRRM aprobados y en ejecución. Es de resaltar que en el marco de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia del sector de salud al departamento de La Guajira, en el primer semestre de 2017 se viabilizó el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de ESE de este departamento y se formuló su plan de implementación. También fueron objeto de actualización de sus documentos de PTRRM los departamentos de Casanare, Chocó, Putumayo y Vichada. Así mismo, se brindó asistencia técnica a los departamentos de Amazonas, Caldas, Cauca, Magdalena, Nariño, Norte de Santander y Santander, para la presentación de su propuesta de ajuste de PTRRM las cuales, en el momento, son objeto de análisis.

De manera complementaria –de acuerdo con las herramientas normativas que hacen parte integral del fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud, en virtud de lo establecido en el Artículo 65 de la Ley 715 de 2001, artículo 5 de la Ley 1438 de 2011, la Resolución 2514 de 2012 y la Resolución 1985 de 2013– se brindó asistencia técnica a todos los departamentos y distritos en la formulación y elaboración de los ajustes a los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud correspondiente a las vigencias 2016–2017 y se brindó asistencia técnica para la formulación y elaboración de estos planes bienales correspondientes a las vigencias 2018-2019.

Apoyo al saneamiento y gestión financiera de las ESE

La Ley 1438 de 2011 determinó la obligatoriedad del MSPS de categorizar anualmente el riesgo de las Empresas Sociales del Estado (ESE), así como el deber de las ESE de adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero cuando sean categorizadas en riesgo medio o alto.

En tal sentido, mediante la Resolución 2509 de 2012 se definió la metodología para categorizar el riesgo de las ESE del nivel territorial, efectuando la categorización desde dicha vigencia. Con base en lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, este Ministerio efectuó dicha categorización mediante los siguientes actos administrativos desde el 2014 y hasta el 2017:

Cuadro 89. Categorización del riesgo de ESE

Año	Resolución	Fuente periodo información
2014	2090 de 2014	2013
2015	1893 de 2015	2014
2016	2184 de 2016 modificada por la Resolución 3916 del mismo año	2015
2017	1755 de 2017	2016

Fuente: Actos administrativos de categorización del riesgo – DPSAP.

Efectuada la categorización y una vez comunicada a las entidades departamentales, municipales y distritales de salud, las ESE que han sido categorizadas en riesgo medio o alto –en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1438 de 2011– han venido adoptando los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, y los gobernadores o alcaldes distritales correspondientes, presentándolos para su viabilidad ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP).

En este contexto, con el fin de buscar el mejoramiento de las condiciones de sostenibilidad de las redes públicas de prestación de servicios de salud, se implementaron medidas tendientes a la resolución de limitaciones estructurales y funcionales que afectan el acceso y la prestación de servicios, para lo cual se adelantaron procesos de reorganización de redes y de instituciones prestadoras de servicios de salud, así como las acciones de los programas de saneamiento fiscal y financiero y al saneamiento de pasivos de dichas instituciones para lo cual se establecieron diferentes fuentes para su financiación

Los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero fueron definidos por el artículo 8 de la Ley 1608 de 2013 como un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre la ESE, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud y cuya viabilidad está a cargo del MHCP. Dichos programas deberán contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, reestructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de las ESE, que permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población.

Así las cosas, no todas las medidas contenidas en estos programas requieren asignación de recursos, pues las mismas pueden estar ligadas al mejoramiento de procesos o racionalización del gasto, entre otros aspectos, que no necesariamente implican la inversión de recursos adicionales a los disponibles por parte de las ESE.

No obstante lo anterior y de acuerdo con lo previsto en el Decreto 1141 de 2013 (compilado en el Decreto 1068 de 2016 Único Reglamentario del MHCP), para el financiamiento de las medidas que se incluyan en los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero están previstas múltiples fuentes, que incluyen recursos de las ESE, entidades territoriales municipales, distritales y departamentales o de la Nación, provenientes de:

- Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud–FONSAET
- Presupuesto de inversión del MSPS

- Excedentes del Sistema General de Participaciones destinados por la Ley 1687 de 2013
- Saldos de cuentas maestras del régimen subsidiado
- Excedentes de rentas cedidas
- Excedentes del FONPET – Lotto en Línea (Decreto 728 de 2013)
- Otros recursos propios de las entidades territoriales.

De otra parte, dentro del proceso de reorganización de redes se han establecido estrategias para la financiación del saneamiento de pasivos de aquellas ESE del nivel territorial categorizadas en riesgo medio o alto que se encuentren en liquidación o que se vayan a liquidar o fusionar, en coherencia con el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las ESE definido por la Dirección Departamental o Distrital de Salud y viabilizado por el MSPS o en intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

En este contexto, las fuentes y los actos administrativos que cofinanciaron dichas actividades se detallan a continuación:

Cuadro 90. Saneamiento fiscal y financiero de ESE, según fuentes de financiación

Fuente	Acto administrativo	Valor girado
PGN–MSPS	Resol 4501 de 2012	32.270.918.031
	Resol 4654 de 2013	27.645.800.000
	Resol 4874 de 2013	149.000.000.000
FONSAET	Resol 5938 de 2014	81.865.663.238
	Resol 5321 de 2015	42.506.666.667
	Resol 3845 de 2016	66.368.439.021
	Resol 6136 de 2016	6.833.936.051
	Resol 1179 de 2017	8.335.050.819
	Resol 3132 de 2017	66.906.712.050
	Resol 4522 de 2017	10.000.000.000
Total		491.733.185.877

Fuente: DPSAP – corte 31 de marzo de 2018

Esquemas alternativos para mejorar la gestión de los hospitales públicos

En procura de optimizar la gestión de las ESE, para mejorar el acceso con calidad a los servicios y afrontar las limitaciones en eficiencia y sostenibilidad de la red pública, en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 (Ley 1753 de 2015) se planteó el desarrollo de esquemas alternativos de operación para hospitales públicos (algunos de los cuales requieren trámite legislativo), para cuya ejecución se realizaron las acciones que se detallan a continuación.

Ajuste al régimen laboral y empresarial

Con el objeto de fijar los mecanismos para la estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal en las ESE y la suscripción de los Acuerdos de Formalización Laboral en desarrollo de lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1610 de 2013, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1376 de 2014 “Por el cual se reglamentan los mecanismos de estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal y los Acuerdos de Formalización Laboral en las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones”.

Desde la expedición de la norma, a la fecha se han creado los siguientes empleos de carácter temporal en los años 2014–2016.

Cuadro 91. Empleos de carácter temporal en Empresas Sociales del Estado

Clasificación del cargo	A 31 de diciembre de 2014			A 31 de diciembre de 2015			A 31 de diciembre de 2016		
	Cargos aprobados Junta Directiva	No. de cargos provistos	Vacantes	Cargos aprobados Junta Directiva	No. de cargos provistos	Vacantes	Cargos aprobados Junta Directiva	No. cargos provistos	Vacantes
Planta temporal	4.975	2.715	2.260	3.793	3.397	396	4.820	4.313	507

Fuente: Información reportada por las IPS públicas, validada y presentada por las Direcciones Territoriales al MSPS en virtud del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

En los acuerdos de la Mesa de Negociación del Sector Salud suscritos entre las organizaciones sindicales y el Gobierno Nacional en mayo de 2015, uno de los puntos acordados fue la redacción de un texto de proyecto de Ley que permita solicitar al Congreso de la República facultades especiales *pro tempore* para que el Gobierno Nacional expida un régimen laboral especial para los trabajadores de las ESE nacionales y territoriales.

En desarrollo del acuerdo se trabajó el Proyecto de Ley 012 de 2017–Senado “Por la cual se otorgan facultades extraordinarias *pro tempore* al Presidente de la República para expedir un régimen laboral especial para los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado del nivel nacional y territorial y para expedir el Sistema Específico de Carrera Administrativa del personal que presta sus servicios en las entidades que integran el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y la expedición del sistema de estímulos, capacitación y situaciones administrativas especiales de los servidores públicos vinculados a tales entidades, y se dictan otras disposiciones”, el cual está en trámite en el Congreso de la República.

Nombramiento de gerentes de ESE

En desarrollo de los instrumentos para la modificación de la regulación y gestión del nombramiento de los gerentes de ESE, se expidieron las siguientes normas:

- Ley 1797 de 2016 “Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad social en Salud y se dictan otras disposiciones”, cuyo artículo 20 regula el nombramiento de gerentes o directores de ESE en el nivel nacional por el Presidente de la República y a nivel territorial por los gobernadores y los alcaldes, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).
- Circular Conjunta 009 de 2016 (Procurador General de la Nación, Ministro de Salud y Directora de Departamento Administrativo de la Función Pública), la cual dicta instrucciones para el nombramiento de gerentes de ESE del nivel territorial en aplicación de la Ley 1797 de 2016.
- Decreto 1427 2016 señala el procedimiento para la evaluación de las competencias de los aspirantes ocupar el empleo de director o gerente de las ESE.
- Resolución 680 de 2016 del DAFP, la cual señala las competencias que se deben demostrar para ocupar el empleo de gerente o director de las ESE.

En relación con la implementación de estas medidas, según lo reportado en el Sistema de Información Hospitalaria – SIHO (Decreto 2193 de 2004 compilado en el Decreto 780 de 2016), a marzo 31 de 2018, de las 931 ESE habilitadas (927 del nivel territorial y 4 del nacional), en 144 sus gerentes habían sido elegidos por concurso, 150 reelegidos por evaluación de su gestión (Decreto 052 de 2016), 597 nombrados (Ley 1797 de 2016 y Decreto 1427 de 2016), 7 con intervención de Superintendencia Nacional de Salud y 33 sin nombramiento y posesión de gerente en propiedad.

Esquemas de Participación Público–Privada

La Ley 1508 de 2012 posibilita profundizar los esquemas de participación público–privadas en salud, con lo cual se podrían solventar necesidades y limitaciones de inversión desde el sector público, al constituir una alternativa de recursos para la financiación de inversiones en infraestructura de salud, así como de gestión de la misma, al aglutinar experiencias, conocimientos y capacidades de los sectores públicos y privados, en procura de mejorar la oferta y el acceso a los servicios de salud en condiciones de disponibilidad y calidad.

En este sentido, con el fin de disponer de los elementos técnicos y operativos para su aplicación en el sector salud, en el marco de lo dispuesto por las Leyes 1508 de 2012, 1753 de 2015 y 1882 de 2018 y tomando como insumos documentos técnicos de instituciones como el DNP, el MHCP, entre otros, el Ministerio elaboró los lineamientos que precisan los aspectos a considerar en los proyectos de salud a desarrollar bajo el esquema de Asociación Público Privada–APP, los cuales están disponibles para las Entidades Territoriales, ESE y público en general en el portal web del MSPS. Las decisiones sobre el uso y aplicación de APP conciernen a las entidades competentes, según corresponda, en el marco de las disposiciones contenidas en la Ley 715 de 2001.

Regulación de subsidios de oferta en condiciones de eficiencia

Corresponde al cuarto componente (acceso efectivo) del MIAS. Con el propósito de coadyuvar en el financiamiento de la prestación de servicios de salud a la población por ESE o la operación de la infraestructura de prestación de servicios pública, en zonas dispersas y con problemas de accesibilidad, la Ley 1797 de 2016 en el artículo 2 reguló la modificación de la distribución del Sistema General de Participaciones (SGP) para la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y la financiación del subsidio a la oferta, estableciendo– entre los usos de estos recursos– la financiación de este subsidio. El citado artículo fue reglamentado por el Decreto 762 de 2017, en cuyo marco el DNP distribuyó los recursos del SGP de la Participación para salud del componente de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y la financiación del subsidio a la oferta para las vigencias 2017 y 2018.

Regulación formas de contratación por capitación, vinculadas a desempeño y resultados salud

Corresponde al componente 7 (sistema de incentivos: mecanismos de pago y formas de contratación) del MIAS. La Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones del MSPS, realizó un procedimiento para el trámite de expedición del proyecto de decreto "Por medio del cual se modifican, adicionan o sustituyen disposiciones del Libro 2, Parte 5, Título 3, Capítulo 4 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regulan las relaciones y contratos entre Entidades Responsables de Pago y prestadores de servicios de salud" que involucra desarrollos sobre formas de contratación.

Atención a poblaciones vulnerables

En relación con poblaciones vulnerables, se actualizó el documento "Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado en Colombia", que fue socializado con las víctimas y los diferentes actores del SGSSS para su implementación a nivel territorial.

Así mismo, en la elaboración y concertación del Decreto 1953 de 2014 Título IV "Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI)" y en los espacios de concertación de sus componentes en las reuniones de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con Organizaciones y Pueblos Indígenas, creado para ese propósito, mediante el Decreto 1973 de 2013. En el marco de lo anterior, se preparó la normativa para la habilitación de IPS indígenas dentro del proceso de construcción del componente de Cuidado de Salud Propia e Intercultural del SISPI.

Actualmente se participa en la construcción del documento base del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural–SISPI.

En el marco del posconflicto, a partir de 2016 se desarrolló el componente incluido en el punto 1.2 del Acuerdo Final en los aspectos de construcción y mejoramiento de la infraestructura de salud y dotación de equipos. En este marco, y con la expedición del Decreto 893 de 2017 se ajustó el documento “Dimensionamiento de las necesidades de salud, infraestructura y dotación en los municipios de PDET” que fue socializado con las DTS para la formulación de las iniciativas de inversión en las 16 subregiones establecidas en los PDET y concertación con la Agencia de Renovación del Territorio (ART). Las fuentes de financiamiento que se dispongan para el efecto, en el marco de los PDET, permitirán el desarrollo articulado y armonizado de las inversiones para la ejecución de los proyectos viabilizados por este Ministerio para su inclusión en el Banco de Proyectos para la instrumentalización del Plan de Acción para la Transformación Regional de cada PDET.

5.9 Telemedicina

Hace parte del componente 5 (redes de servicios) del MIAS y es una forma de extender un servicio. Como parte del fortalecimiento de la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica, se viene promoviendo la telemedicina como una modalidad de prestación de servicios, como estrategia incluida en el Plan Nacional de Desarrollo y en la Política de Atención Integral en Salud. En tal razón, según lo reportado por los prestadores en el REPS, desde el año 2014 hay una tendencia de incremento, observándose entre 2014–2017 un aumento de 38% en sedes y de 52% en servicios (para los públicos el incremento fue 21% en sedes y 34% en servicios).

Cuadro 92. Sedes de prestadores y servicios de salud en la modalidad de Telemedicina 2012-2017

2014		2015		2016		2017		2018	
Sedes	Servicios	Sedes	Servicios	Sedes	Servicios	Sedes	Servicios	Sedes	Servicios
685	2.184	733	3.001	840	3.364	948	3.320	951	3.340

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud–REPS. Corte diciembre 31 de 2014, 2015, 2016, 2017 y 31 de marzo 2018

De las sedes con servicios de telemedicina, Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá D.C, Cundinamarca y Nariño, concentran el 55% de las sedes inscritas y el 52% de los servicios habilitados en la modalidad de telemedicina. Del total de sedes, 248 corresponden a prestadores son públicos y están ubicadas en 193 municipios de 24 departamentos y en el Distrito Capital.

Al considerar los servicios de salud habilitados bajo la modalidad de telemedicina, se observa que los correspondientes a diagnóstico cardiovascular, medicina interna, radiología e imágenes diagnósticas, pediatría, ginecoobstetricia y dermatología ocupan los primeros puestos.

El porcentaje de sedes de IPS públicas con servicios de telemedicina en zonas apartadas o con problemas de oferta a mayo de 2018 era de 43,6% (indicador para el seguimiento de la telemedicina, reportado en SINERGIA), con un comportamiento para el cuatrienio como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro 93. Sedes de IPS públicas con Telemedicina en zonas apartadas o con problemas de oferta. 2015–2018

Mes	2015		2016		2017		2018	
	# sedes Pub.	Indic.	# sedes Pub.	Indic.	# sedes Pub.	Indic.	# sedes Pub.	Indic.
Enero	199	34,3%	237	40,9%	243	41,9%	248	42,8%
Febrero	203	35,00%	239	41,0%	243	41,9%	246	42,4%
Marzo	210	36,2%	242	41,7%	241	41,6%	246	42,4%
Abril	218	37,6%	247	42,6%	241	41,6%	251	43,3%
Mayo	219	37,8%	243	41,9%	237	40,9%	253	43,6%
Junio	217	37,4%	242	41,7%	242	41,7%		

Mes	2015		2016		2017		2018	
	# sedes Pub.	Indic.	# sedes Pub.	Indic.	# sedes Pub.	Indic.	# sedes Pub.	Indic.
Julio	221	38,1%	242	41,7%	243	41,9%		
Agosto	218	37,6%	239	41,2%	246	42,4%		
Septiembre	224	38,6%	245	42,2%	246	42,4%		
Octubre	233	40,2%	244	42,0%	248	42,8%		
Noviembre	232	40,0%	244	42,0%	248	42,8%		
Diciembre	234	40,3%	243	41,9%	249	42,9%		

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Corte Marzo de 2018

De forma complementaria –en el marco del Plan Fronteras para la Prosperidad– desde 2012 los Ministerios de Relaciones Exteriores y de Salud y Protección Social suscribieron el Convenio Marco No. 19 de 2012 para mejorar el acceso a los servicios de salud de los hospitales públicos ubicados en zonas fronterizas y fortalecer su capacidad resolutive a través de la implementación de servicios en la modalidad de telemedicina, adaptada a las diferencias regionales y de acuerdo con las necesidades priorizadas por los territorios. Como resultado se apoyaron 48 sedes en 9 departamentos de frontera.

En cuanto a la conectividad de prestadores públicos para el desarrollo de la Telesalud–Telemedicina, se ha dado continuidad al trabajo conjunto con el Ministerio de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (MinTIC) en el marco de los proyectos de conectividad que allí se adelantan y se da continuidad a la gratuidad de la conectividad lograda con el proyecto nacional de fibra óptica a los 212 prestadores públicos conectados desde 2013, ubicados en 196 municipios de 16 departamentos, hasta julio de 2018.

De otra parte, en el contexto del desarrollo de conectividad para el posconflicto, dentro del Proyecto Nacional de Conectividad de Alta Velocidad–PNCV, se conectaron 21 sedes de prestadores públicos con 10 Mbps y con servicio gratuito por un periodo de 5 años, cuyo detalle se aprecia en el la siguiente cuadro.

Cuadro 94. Prestadores públicos beneficiados con el Proyecto Nacional de Conectividad de Alta Velocidad–PNCV

Departamento	Municipio/ANM*	Nombre IPS Pública	Estado
Vichada	Puerto Carreño	Hospital San Juan de Dios	Operación
Chocó	Bojayá	Centro de Salud	Operación
Chocó	Medio Atrato	Centro de Salud	Operación
Chocó	Unguía	Hospital Local de Unguía	Operación
Chocó	Quibdó	Hospital Local Ismael Roldan Valencia	Operación
Chocó	Acandí	Hospital	Operación
Antioquia	Vigía del Fuerte	Ese Hospital Atrato Medio Antioqueño	Operación
Chocó	Unguía	Cruz Roja	Operación
Casanare	Monterrey	Hospital	Operación
Arauca	Cravo Norte	Hospital San Jose	Operación
Chocó	Quibdó	Dasalud	Operación
Chocó	Litoral del San Juan	IPS Indígena Capera S.A.S	Operación
Chocó	Bahía Solano	Hospital Julio Figueroa Villa	Operación
Chocó	Bajo Baudó	Centro de Salud de Pizarro	Operación
Chocó	Nuquí	Centro de Salud San Pedro Clavel	Operación
Putumayo	Puerto Leguizamo	Hospital Maria Angelines	Operación
Guainía	Inírida	Secretaría de Salud Municipal de Inírida	Operación
Guainía	Puerto Colombia	Puesto de Salud	Operación
Amazonas	El Encanto	Puesto de Salud	
Amazonas	La Chorrera	Puesto de Salud	
Amazonas	Puerto Alegría	Puesto de Salud	

Fuente: MinTIC. Corte 31 de marzo de 2018.

*Nota: Área No Municipalizada para el caso de los corregimientos departamentales (El Encanto, La Chorrera y Puerto Alegría) de Amazonas y Puerto Colombia en Guainía.

De igual manera, teniendo en cuenta que el uso de las TIC en el sector salud es bastante amplio, se está desarrollando una propuesta técnica que involucra la actualización de lo normado para la modalidad de telemedicina

en el Sistema Único de Habilitación y el desarrollo de lineamientos técnicos para orientar el uso de TIC en otras actividades relacionadas con la salud que no son Telemedicina y corresponden al ámbito de la Telesalud.

5.10 Gestión para el desarrollo del talento humano en salud

Corresponde al componente 9 del MIAS. Al terminar el 2017 el país contaba con una disponibilidad de 33,3 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes, con un aumento sostenido en los últimos años (en 2010, este indicador era de 25,1) que impacta de manera favorable el acceso de la población a los servicios de salud y permite proyectar que para 2030 el país cumplirá la meta fijada por la OPS/OMS de 44,5 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes.

Además, existen cerca de 25 mil médicos especialistas, producto del crecimiento de la oferta educativa nacional (el promedio anual de graduados aumentó 47% desde 2010) y del ingreso de especialistas formados en el exterior. No obstante, aún existen dificultades para vincular y retener este talento humano en algunas regiones del país. En este sentido se adelantan distintas acciones como se describirá a continuación.

Calidad y pertinencia de la formación del talento humano.

Con el fin de garantizar la coherencia de los procesos de formación con las necesidades de la población y los servicios de salud, se inició y consolidó el proceso de evaluación de pertinencia de los nuevos programas de educación superior del área de la salud, según lo establecido en la Ley 1438 de 2011. Para esto, mediante la Resolución 1786 de 2104 se conformó un comité interno que desarrolló los criterios para la evaluación de pertinencia y abordó la evaluación de 481 programas académicos de pregrado y posgrado.

Con el mismo propósito, el Ministerio participó en evaluación de la relación docencia servicio de 579 programas de educación superior en salud, con 2.496 escenarios de práctica y 1.334 programas de educación para el trabajo o auxiliares en salud.

Con el Ministerio de Educación Nacional se convocó e instaló la Comisión para la Transformación de la Educación Médica que planteó recomendaciones para mejorar la calidad y la pertinencia de la educación médica de pregrado, posgrado y desarrollo profesional continuo; éstas involucran acciones por parte de los agentes públicos y privados de los sectores salud y educación, algunas en desarrollo.

Talento humano para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud–MIAS

Se desarrolló el enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria, como uno de los pilares para la implementación del MIAS y el mejoramiento de la capacidad resolutoria de los servicios y equipos de salud. Para esto, se definieron los perfiles, competencias y programas curriculares únicos para las especializaciones en Medicina Familiar (para los médicos) y Salud Familiar (para los profesionales no médicos), con participación de universidades y actores de los sectores de salud y educación.

También se gestionó la incorporación del enfoque de Salud y Medicina Familiar en la atención en salud y el fortalecimiento de la oferta educativa en Atlántico, Boyacá, Caldas, Cauca, Guainía, Huila, Nariño, Risaralda, Santander, Tolima, entre otros; se instaló la Red Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria; se realizó un taller internacional de formación de formadores en medicina familiar con la participación de 30 docentes de universidades del país y se priorizó el acceso de los residentes de medicina familiar al programa de becas crédito⁶³ para la formación de especialistas.

⁶³ Más adelante se ampliarán los resultados generales de este programa.

Producto de estas acciones, desde 2014 se presentaron ocho nuevos programas de medicina familiar, de los cuales tres lograron autorización: Bucaramanga (Universidad de Santander); Tunja (Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia) y Cali (Universidad Javeriana). Con estos nuevos programas los cupos para estudiar esta especialización aumentaron 31%.

Se destaca también las acciones realizadas con la OPS y el Ministerio de Educación Nacional para impulsar la Educación Interprofesional en el área de la salud.

Talento humano para los pueblos indígenas

Se orientó la formación en salud intercultural y con enfoque diferencial para el recurso humano propio de los pueblos indígenas y aquel que labora con ellos. Este proceso, desarrollado con la participación de la Cancillería, el SENA, Secretarías de Salud, organizaciones indígenas, gobernaciones, consejos comunitarios y alcaldías, incluyó la priorización, acercamiento y gestión con pueblos indígenas, para el desarrollo de proyectos de formación intercultural de técnicos en salud pública y formación complementaria, así:

- Huila: Pueblos Nam Misak, Yanakunas y Pijaos de Neiva, Pitalito y La Plata;
- Cesar: Pueblos Yuckpa y Wiwa;
- La Guajira: Parteras Tradicional Wayúu de Manaure.
- Chocó: Cinco pueblos indígenas, entre ellos el Emberá Katío de Bagadó;
- Córdoba: Pueblo Emberá Katío, del municipio de Tierralta;
- Cauca: Pueblo Toropez de Totoró, pueblo Misak de Silvia, pueblo Coconuco del Tambo y pueblo Nasa de Toribío;
- Vichada: Pueblos indígenas de Cumaribo;
- Meta: Pueblos indígenas de Puerto Gaitán;
- Casanare y Guaviare: Pueblos indígenas de cada departamento.

En el marco del SISPI se establecieron los lineamientos para la “Incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia”, aprobados por la Subcomisión Indígena de Salud.

Formación del talento humano para atender a las víctimas del conflicto armado

En conjunto con la Oficina de Promoción Social, se gestionó y orientó la formación de 6.591 profesionales del sector salud en “Atención con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado”. Lo anterior, en desarrollo de la Estrategia Nacional de Formación en Atención con Enfoque Psicosocial dirigida al talento humano del sector salud.

Apoyo a la formación de médicos especialistas (becas crédito)

El Programa de Becas Crédito para la formación de residentes que se formen en las especialidades básicas y prioritarias para el país contribuye a fortalecer la oferta de este talento humano para mejorar el acceso a los servicios de salud de la población colombiana.

Este programa –que se desarrolla desde 1995 con fundamento en la Ley 100 de 1993 (Art. 193)– es un incentivo dirigido a apoyar el sostenimiento económico de los profesionales de la salud que realizan programas de especialización, que requieren entrenamiento o residencias con rotaciones de tiempo completo en instituciones de salud.

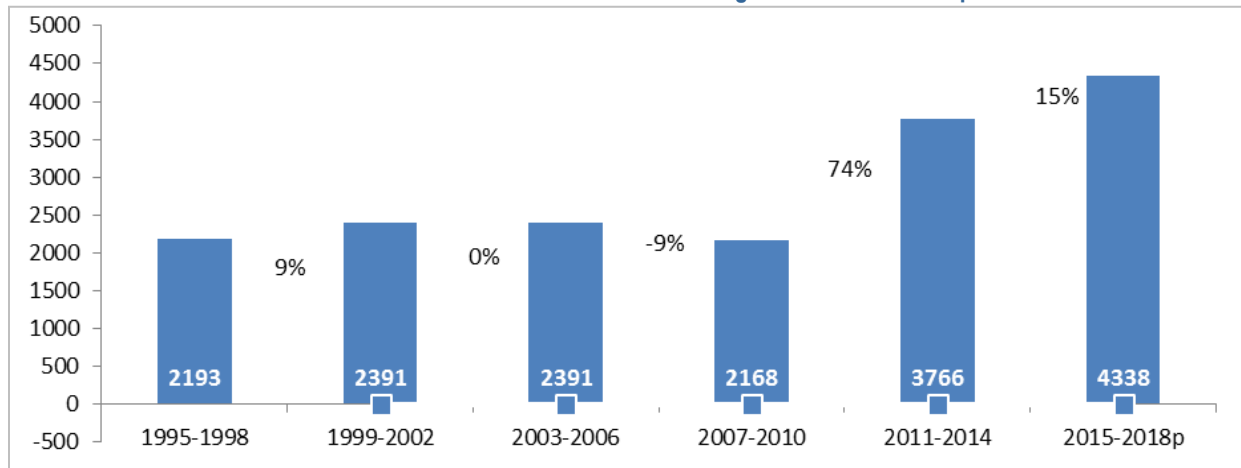
La beca crédito consiste en un estipendio mensual de dos (2) salarios mínimos mensuales, que se gira a los beneficiarios durante el tiempo que dura el programa, siempre y cuando se mantenga un promedio académico

superior al 75% respecto a la máxima nota establecida para el mismo. El monto de la beca crédito pagado a cada beneficiario puede condonarse si se cumplen algunos requisitos entre los que se destaca desempeñar y culminar de manera exitosa el programa de especialización

Para la adjudicación de las becas crédito se consideran aspectos como el lugar donde se cumplió el servicio social obligatorio, el programa de especialización, el mérito académico, el estrato socioeconómico, el tipo de institución donde se realizan los estudios y sus rotaciones. No obstante, estos criterios pueden cambiar en cada convocatoria, según la disponibilidad de recursos y los requerimientos del sistema de salud.

Durante el cuatrienio se amplió la cobertura del Programa de Becas Crédito al pasar de un promedio anual de 3.766 beneficiarios en el período 2011–2014 a 4.338 en el período reportado, consolidando la tendencia iniciada en 2011 (ver ilustración siguiente).

Ilustración 49. Promedio anual de beneficiarios al año en el Programa Becas Crédito para cada cuatrienio



Fuente: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, Minsalud.

Para lograr estos resultados se financió el ingreso al programa de nuevos residentes y la culminación de quienes habían ingresado en años anteriores, en un contexto de restricciones fiscales y presupuestales, que exigió priorizar la financiación del Programa con una inversión de \$198.109 millones en los últimos cuatro años, de los cuales \$113.600 millones, es decir el 57,3% del total, fueron financiados a través del presupuesto del MSPS.

Cuadro 95. Recursos para el programa becas crédito 2015 a 2018 (pesos)

Año	Minsalud	Mineducación	Colciencias	Total
2015	17.800.000.000	19.254.510.022	-	37.054.510.022
2016	31.000.000.000	19.254.510.021	-	50.254.510.021
2017	31.000.000.000	9.000.000.000	20.000.000.000	60.000.000.000
2018	33.800.000.000	7.000.000.000	10.000.000.000	50.800.000.000
Total	113.600.000.000	54.509.020.043	30.000.000.000	198.109.020.043

Fuente: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, Minsalud.

Hospitales Universitarios

Como estrategia para promover la generación de conocimiento, la formación de talento humano asistencial y la atención en salud con altos estándares de calidad, se reconocieron doce (12) Hospitales Universitarios que cumplieron los requisitos establecidos en las Leyes 1164 de 2007 y 1438 de 2011.

Cuadro 96. IPS reconocidas como Hospitales Universitarios 2014–2018

No.	Institución prestadora de servicios	Sede
1	H.U. Fundación Santa Fe de Bogotá	Bogotá
2	H.U. Fundación Cardiovascular de Colombia	Bucaramanga
3	H.U. Hospital Pablo Tobón Uribe	Medellín
4	H.U. Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	Bogotá
5	H.U. Instituto De Ortopedia Infantil Roosevelt	Bogotá
6	H.U. Hospital San Vicente De Paúl	Medellín
7	H.U. Fundación Cardio Infantil	Bogotá
8	H.U. Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital de San José	Bogotá
9	H.U. Hospital Infantil Universitario de San José	Bogotá
10	H.U. Hospital General de Medellín	Medellín
11	H.U. Fundación Valle del Lili	Cali
12	H.U. San Ignacio	Bogotá

Fuente: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, Minsalud.

Información y gestión del conocimiento

El Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud–ReTHUS se desarrolló como instrumento articulador para la planificación, el seguimiento y la evaluación del Talento Humano en Salud y al mismo tiempo como instrumento que contribuye a fortalecer la garantía del derecho a la salud.

A marzo de 2018, el ReTHUS cuenta con más 957 mil registros de personas autorizadas para ejercer ocupaciones y profesiones del área de salud. Esta información se dispuso para consulta pública permanente a través de la página web del Ministerio (<http://web.sispro.gov.co>), se integró al Sistema de Gestión de Datos (SGD) del SISPRO y se articuló con otras fuentes (PILA y RUAF), a través de un cubo de información. Con esto se promueve y facilita la generación nueva información y de conocimiento para la toma de decisiones de los gantes de los sistemas de salud y educación, entre otros.

A través de las salas temáticas del Observatorio del Talento Humano en Salud, se definieron y midieron los indicadores para el seguimiento del talento humano en salud y se dinamizaron temas de interés para el desarrollo de las profesiones y ocupaciones a través de las salas temáticas, particularmente en materia de salud y medicina familiar, medicinas y terapias alternativas y complementarias y competencias profesionales.

Adicionalmente, se construyeron y publicaron, entre otros, los siguientes documentos: i) Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015– 2030 (documento para discusión); ii) Construcción participativa de orientaciones para la formación del talento humano: un aporte a la consolidación del enfoque en salud familiar y comunitaria del Modelo Integral de Atención en Salud–MIAS; iii) Aproximaciones a la distribución departamental de los profesionales de la salud; y, iv) Desarrollo participativo de diálogos de saberes con Parteras Tradicionales Wayúu: Aportes a la salud materna y perinatal desde la experiencia en el municipio de Manaure. De igual manera, se publicó trimestralmente el boletín electrónico “Oferta Georreferenciada de Plazas de Servicio Social Obligatorio”.

También se definieron perfiles y competencias laborales para el talento humano de la Entidades Territoriales, Administradoras de Planes de Beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios, requeridas para la gestión del Plan Decenal de Salud Pública y la Política de Atención Integral en Salud.

Servicio Social Obligatorio

El Servicio Social Obligatorio (SSO), ha sido una estrategia histórica para mejorar el acceso a la atención en salud de poblaciones deprimidas rurales y urbanas y constituye un espacio clave para la inserción plena de los nuevos profesionales en el ejercicio de sus competencias en los servicios de salud.

Durante el período se mejoraron las condiciones laborales y de ejercicio de estos profesionales. Se pasó de tener en el año 2014 cerca del 70% de plazas con vinculación formal a la planta de las IPS (contrato legal y reglamentario o contrato laboral), al 100% en el año 2018, mediante la exigencia de esta condición para incluir las plazas de SSO en los procesos de asignación de plazas.

También se diseñó un proceso y un aplicativo que garantiza la transparencia, igualdad de condiciones y acceso en línea a información relevante sobre las plazas de SSO disponibles en el país y se definieron criterios de asignación de plazas para acercar las preferencias de los profesionales a las necesidades de las IPS (Resolución 2358 de 2014).

El Ministerio consolidó un inventario nacional de plazas de SSO constituido por 6.161 plazas identificadas con un código y clasifica por profesión, departamento, municipio e institución y diseñó un curso virtual de inducción para fortalecer las competencias de los profesionales en los temas de salud pública y otros de alta recurrencia e impacto.

Fortalecimiento de las profesiones de la salud

En el período se delegaron funciones públicas en organizaciones colegiales de once profesiones: Química Farmacéutica, Bacteriología, Fisioterapia, Medicina, Enfermería, Fonoaudiología, Instrumentación Quirúrgica, Optometría, Odontología, Terapia Respiratoria y Nutrición y Dietética. El Ministerio acompañó el alistamiento de los Colegios para abordar estas nuevas responsabilidades y realizó el seguimiento para su adecuado cumplimiento.

Con estos resultados, las profesiones contribuyen al cumplimiento de las funciones del Estado y fortalecen su capacidad para participar en los procesos de mejoramiento de la calidad y la pertinencia del talento humano, bajo principios de autonomía y autorregulación profesional.

Con el fin mismo fin, se gestionaron recursos por \$5.377,5 millones a través del presupuesto del Ministerio para garantizar el funcionamiento de los Tribunales Nacionales de Ética como órganos de autorregulación profesional, distribuidos así:

Cuadro 97. Recursos para los Tribunales Nacionales de Ética, 2015 a 2018

Tribunal	2015	2016	2017	2018	Total
Medicina	766.734.000	719.736.000	748.526.000	767.239.000	3.002.235.000
Odontología	331.347.000	326.288.000	339.340.000	351.596.000	1.348.571.000
Enfermería	254.901.000	247.548.000	257.450.000	266.842.000	1.026.741.000
Total	1.352.982.000	1.293.572.000	1.345.316.000	1.385.677.000	5.377.547.000

Fuente: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, Minsalud.

5.11 Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad en Salud

Durante el periodo 2014-2018 se avanzó en el proceso de elaboración, difusión e implementación del Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad (PNMCS) 2016–2021, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 107 de la Ley 1438 de 2011. Este plan propone mejorar y preservar el estado de salud de la población, mediante la excelencia de la gestión y la articulación de los agentes del sistema de salud, para lo cual adopta el principio orientador de la humanización como punto de partida y reconoce en la seguridad, coordinación y transparencia las directrices de calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Los objetivos específicos del PNMCS, se orientan, por un lado, a promover ajustes normativos en materia de calidad que fomenten el enfoque sistémico en la gestión administrativa y clínica, en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la Política de Atención Integral y el Modelo Integral de Atención (MIAS). Por otro lado, exponen la importancia del desarrollo de habilidades y capacidades para el talento humano en salud, especialmente en temas de humanización y gestión de organizaciones con el fin de fomentar la excelencia e innovación en el sistema. A su vez, reconocen la necesidad de gestionar el conocimiento con un enfoque de aprendizaje colaborativo para orientar la toma de decisiones y la definición de políticas en materia de calidad y humanización. De igual modo, buscan empoderar a las personas mediante procesos de capacitación, información y rendición de cuentas, para mejorar su comprensión, participación y experiencia con el sistema de salud.

Objetivo 1. Ajustes en materia de calidad

Los enfoques de la calidad en salud han venido cambiando en los últimos años y, en consecuencia, el Ministerio actualiza algunos de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en la medida en que ya no se centran exclusivamente en los atributos presentes en los servicios ni en la satisfacción de los usuarios, sino en que todos los integrantes del SGSSS intervengan en el logro de resultados.

En este sentido, a continuación se relacionan los cambios normativos en materia de calidad realizados en materia de habilitación, acreditación e información para la calidad.

En materia del Sistema Único de Habilitación se realizó lo siguiente:

- Resolución 651 de 2018, por la cual se establecen las condiciones de habilitación de los centros de referencia de diagnóstico, tratamiento y farmacias para la atención integral de las enfermedades Huérfanas, así como la conformación de la red y subredes de centros de referencia para su atención.
- Resolución 482 de 2018, por la cual se reglamenta el uso de equipos generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 0024 de 2017, por medio de la cual se establecen los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los Centros Vida y se establecen las condiciones para la suscripción de convenios docente-asistenciales.
- Decreto 1848 de 2017, por el cual se adiciona la Sección 2 al Capítulo 4 del Título 2 de la parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con el Sistema de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, aplicables durante el periodo de transición al Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI- y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1477 de 2016, Por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI" y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1441 de 2016, por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 2324 de 2016, por medio de la cual se adoptan los estándares de calidad para la atención en salud en los establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica y personas con trastorno mental sobreviniente a la privación de la libertad.
- Resolución 1416 de 2016, por la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014.
- Resolución 5158 de 2015, por la cual se adiciona el artículo 15 de la Resolución 2003 de 2014.
- Circular 0036 de 2015, por medio de la cual se brindan instrucciones sobre la inscripción y habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud de las instituciones públicas y privadas que prestan el servicio público de bienestar familiar.

- Resolución 226 de 2015, por medio de la cual se adiciona el numeral 2.2 del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado mediante la Resolución 2003 de 2014, en el sentido de establecer un trámite especial para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Resolución 3678 de 2014, por la cual se modifica la Resolución 2003 de 2014.
- Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Adicionalmente este Ministerio adelanta algunas iniciativas normativas para el componente del Sistema Único de Habilitación las cuales han surtido procesos de socialización y validación, que se encuentran en trámite, así

- Proyecto de resolución “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud”.
- Proyecto de norma para la habilitación técnica de EPS.

En materia del Sistema Único de Acreditación:

- Decreto 903 de 2014, por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Resolución 2427 de 2014, por la cual se inscribe una entidad en el registro especial de acreditadores en salud.
- Resolución 6055 de 2016, por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Resolución 5217 de 2017, por la cual se designan los representantes ante la instancia de Coordinación y Asesoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 5135 de 2017, por la cual se designan miembros del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud.

En materia del Sistema de Información para la Calidad:

- Resolución 0256 de 2016, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Objetivo 2. Estrategias para la articulación de los agentes y el mejoramiento de la calidad en salud

El Ministerio inició el desarrollo de una estrategia de aprendizaje colaborativo para la articulación de los agentes del sistema mediante el desarrollo de cuatro (4) pruebas piloto orientadas a lo siguiente: i) mejoramiento de la atención materno infantil en Cundinamarca; ii) articulación de los agentes del Sistema de Salud del Eje Cafetero para la atención de los niños con Leucemia; iii) mejoramiento de la gestión de la calidad en las Empresas Sociales del Estado de la Secretaría de Salud de Cundinamarca; y por último, iv) implementación de la Ruta de Enfermedades Huérfanas.

Como producto del desarrollo de estas estrategias, el Ministerio publicó -en asocio con la Corporación Universitaria Empresarial Von Humboldt- la cartilla “Travesías por los mundos de la Leucemia Infantil: un laboratorio de mediaciones”, en la cual se muestran los entrecruzamientos generados por los distintos agentes del sistema de salud y sus actuaciones, evidenciando su capacidad colaborativa frente a la atención de los niños con Leucemia⁶⁴.

Una vez terminada la fase de las pruebas piloto, se inicia la fase de diseño del modelo de asistencia técnica para impulsar el enfoque sistémico de la gestión y favorecer la articulación de los agentes del sistema de salud.

⁶⁴ Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, 2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

Objetivo 3. Fomento a la acreditación y excelencia del sector salud

Con el fin de fomentar la acreditación en el sistema de salud, el Ministerio expide la Resolución 6055 de 2016 a partir de la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud. Así mismo, realiza el proceso de conformación del Consejo a partir de la Resolución 5135 de 2017. A su vez se actualiza el Manual de Estándares de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario a partir de las recomendaciones realizadas por la *International Organization Accreditations Standards-ISQUA*.

A partir de lo descrito, el Consejo procederá con la revisión del Manual de Acreditación de Salud Ambulatorio y Hospitalario y, de los manuales de estándares para las instituciones que ofrecen servicios de Imagenología, Laboratorio Clínico y Rehabilitación y Rehabilitación.

Objetivo 4. Humanización en la gestión del sistema de salud

El Ministerio inició el desarrollo de una estrategia para la construcción participativa de la política de humanización y el establecimiento de alianzas estratégicas con las entidades educativas, a partir de las cuales se ha realizado el fortalecimiento de la red funcional de humanización y sus nodos regionales, quienes se encuentran desarrollando los lineamientos de la política de humanización para el sector.

Adicionalmente el Ministerio, a partir de su trabajo con el Nodo de humanización del Departamento del Cauca, propone a la Universidad del Cauca la elaboración de un Diplomado de Humanización del Sistema de Salud en el cual participan servidores públicos de la Entidad Territorial de Salud y de siete (7) municipios priorizados, dos (2) EPS del departamento y dos (2) Empresas Sociales del Estado, entre otros. Dicho diplomado será certificado por la Universidad del Cauca.

Objetivo 5. Gestión del conocimiento para la toma de decisiones

En el cuatrienio se han emprendido estrategias dirigidas a incentivar la gestión del conocimiento, con adelantos importantes en la implementación del Sistema de Información para la Calidad y en la elaboración, diseño e implementación de Guías de Práctica Clínica, así:

Sistema de Información para la Calidad

Se publicó el Informe Nacional de Calidad en Salud 2015, el cual realiza un análisis del comportamiento de los indicadores de calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Empresas Promotoras de Servicios de Salud durante el período 2009-2014 y se constituye en uno de los insumos para la actualización del Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud⁶⁵.

Conforme con lo establecido, en la Resolución 256 de 2016, por medio de la cual se actualiza el Sistema de Información para la Calidad, se incluyen mediciones para el monitoreo de la calidad en Colombia a partir de cuatro (4) dominios: i) efectividad de la atención; ii) gestión del riesgo; iii) seguridad de la atención; y, iv) experiencia de la atención.

Este sistema debe ser implementado por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Servicios de Transporte Especial de Paciente, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Territoriales de Salud. En tal sentido, se estructura el procedimiento de reporte de la información a través de la Plataforma de Intercambio de Información-PISIS, contando a la fecha con 4 reportes de información realizados por

⁶⁵ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>

las entidades obligadas al mismo, los cuales servirán de insumo para la construcción del Informe Nacional de Calidad en Salud 2018.

Se establecen los canales digitales y electrónicos para facilitar el acceso, consulta y difusión de la información a que refiere el mencionado acto administrativo, así:

- i) sitio web del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) para permitir las consultas de información de los indicadores de calidad;
- ii) consultas predefinidas para acceder a datos e información específica;
- iii) publicación de resultados de los indicadores en el Observatorio Nacional de Calidad en Salud;
- iv) disposición de cubos en línea para permitir hacer consultas dinámicas de datos e información integrada al Sistema de Gestión de Datos del SISPRO; y por último,
- v) disposición de documentos relacionados con el Sistema de Información para la Calidad en el Repositorio Institucional Digital (RID).

Para la implementación de lo dispuesto en la citada resolución, durante el periodo el Ministerio adelanta acciones tendientes a soportar dicho proceso, como la elaboración y publicación de un instrumento metodológico para la gestión del mejoramiento continuo de la calidad, el cual brinda las orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad⁶⁶. Adicionalmente este documento se utiliza como apoyo en el proceso de asistencia técnica para la implementación del Sistema de Información para la Calidad.

Se continúa con el seguimiento y evaluación a los actores en cumplimiento al Artículo 111 de la Ley 1438 de 2011. Se elaboran y publican tres (3) informes del Sistema de Evaluación de Actores–SEA para las vigencias 2014-2017, disponibles en el enlace: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/publicaciones/Paginas/default.aspx>

Del mismo modo, el Ministerio publicó seis (6) informes del ranking de desempeño de las EPS entre las vigencias 2013-2018. Los resultados pueden ser consultados a través de: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/publicaciones/Paginas/default.aspx>

Guías de Práctica Clínica (GPC)

- En 2014 el Ministerio publicó el documento “Manual de Implementación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia”⁶⁷, herramienta útil para orientar la implementación de las GPC en los diferentes contextos del territorio nacional.
- Por otra parte, durante 2017 se avanzó en el desarrollo de nuevas guías metodológicas con el objetivo de brindar lineamientos para la elaboración de guías en salud pública, la actualización de GPC, metodología de adopción/adaptación de GPC, evaluación de adherencia sostenible y una metodología que apoye a los grupos desarrolladores de GPC en la elaboración de los capítulos de implementación de las guías. A la fecha los documentos preliminares pueden ser consultados a través del sitio web gpc.minsalud.gov.co.
- Al 2018, se alcanza un total de sesenta y siete (67) Guías de Práctica Clínica publicadas en el sitio web para las GPC⁶⁸, de las cuales sesenta (60) fueron desarrolladas de novo (desde el principio) y siete (7) mediante metodologías de adopción. Adicionalmente, considerando la dinámica de surgimiento de nueva evidencia clínica, el Ministerio adelantó la actualización de cinco (5) GPC: recién nacido prematuro, hipertensión arterial, síndrome coronario agudo, cáncer de colon y recto y, por último, cáncer de mama.
- En relación a la gestión de herramientas que favorezcan la implementación, el Ministerio propuso para el cuatrienio una meta en el Plan Nacional de Desarrollo de treinta (30) temáticas de GPC con herramientas de implementación. A la fecha, dicha meta ha sido superada con un total 54 temáticas gestionadas. Entre las

⁶⁶ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/orientaciones-tecnicas-gestion-resultados-monitoreo-calidad.pdf>

⁶⁷ http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/SitePages/manual_implementacion.aspx

⁶⁸ <http://gpc.minsalud.gov.co/SitePages/default.aspx>

herramientas ya publicadas se incluyen algoritmos dinámicos, hojas de evidencia, aplicaciones *Guide Vue*. Asimismo, con el ánimo de facilitar la actualización de la aplicación móvil actualmente disponible GPCr, se avanzó en el desarrollo de una nueva aplicación que utiliza datos abiertos, así durante el 2017 se adelantó la disposición de las recomendaciones de sesenta (60) GPC en la estructura DATASET, para posterior validación de contenidos y publicación final en el 2018 de la nueva *App* para disposición de los ciudadanos.

- Dicha estrategia proporciona eficiencia de uso del recurso público para la actualización de contenidos de las GPC y está en concordancia con las buenas prácticas para el desarrollo de estrategias de apertura y reuso de datos, que estén orientadas a la generación de valor en lo económico, social, político, cultural, ambiental, y en general, en los distintos ámbitos de la sociedad, siguiendo estos lineamientos del MinTIC.

Objetivo 6. Empoderamiento de las personas en materia de calidad y humanización

El Ministerio prioriza las siguientes estrategias de empoderamiento en materia de calidad y humanización para impulsar el objetivo 6 del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad durante el periodo:

Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS

Conforme a lo establecido por el Gobierno Nacional para impactar positivamente la calidad y oportunidad de los servicios, este Ministerio realiza la aplicación de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado de manera periódica (entre el periodo 2012-2017)⁶⁹.

A continuación, se resumen algunas consideraciones de su metodología:

- Como parte de la metodología diseñada y empleada, la encuesta además de ser representativa por régimen (contributivo y subsidiado) y por EPS, es representativa para cada uno de los treinta y dos (32) departamentos del país y el Distrito Capital. Permite medir el nivel de satisfacción de los usuarios del Sistema de Salud, acerca de la calidad y oportunidad de los servicios a lo largo de la de la prestación y proceso de afiliación, e incluye algunas valoraciones dirigidas al acceso y estado de salud.
- Durante los tres primeros años, el Ministerio aplica la encuesta en una población objetivo de usuarios mayores de 18 años que utilizaron los servicios de las EPS en los últimos 6 meses. Sin embargo, a partir del año 2015 incluye dentro de la encuesta de percepción a los menores de edad, llegando a todos los niveles socioeconómicos y habitantes de zonas urbanas o rurales, que utilizaron los servicios de salud en los últimos seis (6) meses sin un alcance de representatividad a este nivel de desagregación.
- Del mismo modo, el Ministerio realiza ajustes en la muestra y asegura la aplicación de la encuesta en los municipios de todas las categorías para un total de 95 visitados, de los cuales, 40 de categoría seis (6); 32 municipios de inclusión forzosa que son las capitales de departamento y 23 corresponden a categoría de la dos (2) a la cinco (5), sin un alcance de representatividad a este nivel de desagregación.

Derechos y Deberes del Afiliado y Paciente

De otra parte, conforme a lo dispuesto por la Resolución 4343 de 2012, por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones, el Ministerio expide la Resolución 1379 de 2015 por la cual

⁶⁹ <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/publicaciones/Paginas/default.aspx>

se establece el mecanismo para el reporte de información que permite la verificación de la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y la Carta de Desempeño de la EPS.

A partir del reporte establecido en la citada resolución, el Ministerio ha remitido a la Superintendencia Nacional de Salud once (11) informes trimestrales sobre la verificación de la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Carta de Desempeño de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado.

Observatorio Nacional de Calidad en Salud

La entrada en vigencia de la Ley 1438 de 2011, la definición de lineamiento de política frente a gestión de información, el conocimiento y el rol de los observatorios a cargo del MSPS y la conformación de la Oficina de Calidad generaron la necesidad de reorientar el Observatorio Nacional de Calidad en Salud como el principal referente de consulta y apoyo de quienes lideran los procesos de calidad en las IPS, aseguradores, instituciones de formación e investigación en salud y personal de salud y Público en General.

A partir de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Epidemiología y Demografía, incorpora nuevos lineamientos sobre los observatorios y la gestión del conocimiento. A su vez, dispone la segunda versión de Guía metodológica para registros, observatorios, sistemas de seguimiento y salas situacionales en salud 2017⁷⁰. Así mismo, el Ministerio a través de la Oficina de TIC, adopta la plataforma SharePoint como sistema de gestión de contenidos web. Todo lo anterior, con el propósito de asegurar una navegación y consulta amigable e intuitiva para los ciudadanos, reducir las brechas de acceso a la información y mejorar la comprensión del Sistema de Salud, por parte de los diversos agentes y los ciudadanos.

Indicadores SINERGIA

En línea con lo anterior, en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 se definieron varios indicadores en los temas de calidad en salud. A continuación se describen los avances de estos indicadores registrados en SINERGIA⁷¹.

Cuadro 98. Indicadores de calidad reportados a SINERGIA

Indicador	Unidad medida	Periodicidad	Línea de base	Meta cuatrienio	Resultado 2015	Resultado 2016	Resultado 2017
Minutos de espera para la atención en consulta de urgencias para el paciente clasificado como Triage II	Minutos	Semestral	32	20	32,6	117,6	90,3
Días para la asignación de cita en consulta médica general y odontólogo general, respecto a la fecha para la que se solicita	Días	Anual	3,9	3	2,6	3,2	2,7
Porcentaje de personas que consideran que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general, medicina especializada, odontología, etc.) fue "buena" o "muy buena"	Porcentaje	Anual	85,5	92	74,0	87,0	72,6
Percepción de confianza en las EPS	Porcentaje	Anual	89	92	85,0	86,1	86,4
Guías de práctica clínica gestionadas con herramientas de implementación elaboradas	Porcentaje	Anual	0	30	12	42	-
Percepción de acceso a los servicios de salud	Porcentaje	Anual	46	60	43,0	48,9	43,4

Fuente: MSPS.Oficina de Calidad.

⁷⁰ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ROSS_001.11.2013.pdf

⁷¹ <https://sinergia.dnp.gov.co/Paginas/inicio.aspx#>

Con respecto al indicador “Minutos de espera para la atención en consulta de urgencias para el paciente clasificado como Triage II” es importante anotar que para 2016 se realizó un cambio en la fuente de información. Hasta 2015, el resultado de este indicador se obtenía de lo reportado por las IPS a la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Circular Única. Sin embargo, en febrero de 2016 el MSPS expidió la Resolución 256 de 2016⁷², que modifica la recolección, reporte y cálculo de este indicador, con el propósito de mejorar la veracidad y calidad del mismo.

Para la recolección de la información, las IPS deben realizarla de manera nominal, es decir paciente por paciente, registrando los tiempos de atención para cada uno; para el reporte, las IPS deben realizarlo directamente al MSPS a través de la plataforma de PISIS y el MSPS es el encargado de calcular el indicador. Lo anterior se vio reflejado en un cambio significativo en los resultados del indicador a partir de 2016, reportándose un valor de 117,6 minutos. A pesar de lo anterior, para el 2017 se observa una disminución de 27,3 minutos en este indicador con respecto al año anterior.

Para el indicador “Días para la asignación de cita en consulta médica general y odontólogo general, respecto a la fecha para la que se solicita”, se logró cumplir con las metas anuales establecidas⁷³ y estar por debajo de 3 días, que es lo establecido por el Decreto Ley 019 de 2012.

Finalmente, con respecto a los indicadores de percepción de los usuarios, se observa que no se han alcanzado totalmente las metas establecidas. Sin embargo, para el indicador de “percepción de confianza en las EPS” se evidencia una leve mejoría pasando de 85% a 86,4%, entre 2015 y 2017. De igual manera, es importante anotar que estos indicadores son subjetivos y que pueden ser afectados por factores externos, como por ejemplo la liquidación de EPS (por ejemplo, Saludcoop y Cafesalud).

⁷² Resolución 256 de 2016: “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”.

⁷³ Las metas anuales pueden ser consultadas en el siguiente enlace: <https://sinergia.dnp.gov.co/Paginas/inicio.aspx#>

6. PROMOCIÓN SOCIAL

6.1. Víctimas del conflicto armado y el PAPSIVI

El Ministerio tiene obligaciones en las medidas de asistencia en salud y rehabilitación física, mental y psicosocial.

Medida de asistencia en salud

- **Personas víctimas afiliadas al SGSSS**

Se cumplió la meta proyectada para el periodo 2014–2018 del CONPES 3726 de 2012 (meta a 2017: 89%), al alcanzar que el 90,4% de las 6.880.075 personas víctimas únicas plenamente identificadas se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas 6.222.362 víctimas se obtienen como resultado del cruce de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y el Registro Único de Víctimas–RUV (con corte a enero de 2018).

- **Porcentaje de mujeres víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado que recibe atención en salud**

El 90,4% de las 22.439 mujeres víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado reportadas por la Unidad para las Víctimas, accede a servicios de salud en Colombia entre 2014 y 2018, con corte a 1 de mayo de 2018.

Medida de rehabilitación física, mental y psicosocial

El Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 1448 de 2011, sus decretos reglamentarios, las órdenes y sentencias judiciales de carácter nacional e internacional, así como lo definido en la Sentencia T-025 de 2004 y sus diferentes Autos de seguimiento, diseño y lidera la implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado (PAPSIVI), que responde a la medida de asistencia en salud y la medida de rehabilitación física, mental y psicosocial para las víctimas del conflicto armado. Dicho programa consta de dos (2) componentes: la **atención psicosocial** y la **atención integral en salud**; el primero se centra en el daño y las afectaciones psicosociales y el segundo en la salud física y mental. A su vez, el programa cuenta con cuatro estrategias transversales: coordinación Nación–territorio, seguimiento y monitoreo, participación de las víctimas del conflicto armado y desarrollo del talento humano.

Personas víctimas con atención psicosocial en la modalidad individual, familiar, comunitaria y/o grupal (PAPSIVI y ERE-G)

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014-2018⁷⁴ estableció una **meta para el periodo 2015–2018** de 490.000 personas víctimas con atención psicosocial. En concordancia, durante los años 2015–2017 **se logró la atención de**

⁷⁴ La Ley 1753 de 2015, a través del Art. 120, adicionó el parágrafo 2^{do} al artículo 137 de la Ley 1448 de 2011 donde estableció que la Unidad Administrativa Especial de Atención y Reparación a Víctimas “complementará las acciones del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, a fin de avanzar en la rehabilitación y recuperación emocional con enfoque psicosocial de las víctimas, organizaciones y comunidades que han sufrido daño a causa del conflicto armado”.

416.280⁷⁵ personas únicas entre el Ministerio y la Unidad para las Víctimas (UARIV), lo que representa un **avance del 85%** de la meta (corte a diciembre de 2017). Así mismo, el CONPES 3726 de 2012 estableció una meta de atención psicosocial de 3.000.000 de personas hasta el año 2021; al respecto se precisa que el MSPS y la Unidad para las Víctimas han logrado atender a 580.664 personas únicas, lo que representa un avance del 19%, respecto a la meta CONPES.

Para la vigencia 2017, se logró la atención de 167.835 personas únicas, de las cuales 139.552 recibieron atención psicosocial a través del componente psicosocial del PAPSIVI (Minsalud) y 28.283 a través de la Estrategia de Recuperación Emocional (ERE) de la UARIV. En 2018 y con corte 31 de mayo, se ha avanzado en la atención psicosocial de 32.613 personas a través del componente de atención psicosocial del PAPSIVI, es decir que con corte a mayo de 2018 **se ha logrado una cobertura de 448.893 personas, alcanzando un 92% de la meta del PND.**

Cuadro 99. Personas víctimas con atención psicosocial – Ley 1448 de 2011

Entidad	2012	2013	2014	Subtotal PND	2015	2016	2017	Subtotal PND	Subtotal CONPES
Minsalud	-	-	107.195	107.195	76.746	107.608	139.552	323.906	431.101
UARIV	565	24.789	31.835	57.189	34.091	30.000	28.283**	92.374	149.563
Total	565	24.789	139.030	164.384	110.837*	137.608	167.835	416.280	580.664

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Corte Marzo de 2018

Notas: *Información actualizada de acuerdo con la metodología de medición de la ficha técnica del indicador del PND (personas únicas con atención psicosocial PAPSIVI o ERE-G)

** Información actualizada por la UARIV con corte a mayo de 2018.

El Ministerio, con recursos propios, más la concurrencia de las Entidades Territoriales, alcanzó una asignación hasta 2017 de \$130.407.373.235 para la implementación del componente de atención psicosocial del PAPSIVI en 27 Departamentos y 2 Distritos. Es importante señalar que del total de recursos asignados, el 14% corresponde a la concurrencia de las Entidades Territoriales.

Cuadro 100. Presupuesto ejecutado. Implementación del componente de atención psicosocial del PAPSIVI

Año	MINSALUD	MINSALUD	Concurrencia Entidades Territoriales
	Proyecto de inversión Corresponde al 16% del total	ECAT FOSYGA (hoy ADRES) Corresponde al 70% del total	Correspondiente al 14% del total
2013-2014	-	\$ 45.000.000.000	-
2015	\$ 5.326.164.474	\$ 15.000.000.000	\$ 1.771.131.543
2016	\$ 8.000.000.000	\$ 15.000.000.000	\$ 1.918.770.870
2017	\$ 7.421.534.118	\$ 15.755.000.000	\$ 15.214.772.231
Subtotal	\$ 20.747.698.592	\$ 90.755.000.000	\$ 18.904.674.644
Total	\$ 130.407.373.235		

Fuente: Minsalud–Oficina de Promoción Social.

De otra parte, entre el año 2012 y 2018 el Pueblo de los Estados Unidos–USAID y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) ha brindado apoyo técnico al MSPS por \$13.854.100.000 para el fortalecimiento institucional, específicamente dirigido al diseño de orientaciones diferenciales, consulta con actores de la sociedad civil, instrumentos de seguimiento y monitoreo y divulgación del PAPSIVI y el Plan Nacional de Rehabilitación para la Convivencia y la No Repetición (Punto 5 del Acuerdo Final de Paz).

⁷⁵ Para el presente informe el Ministerio realizó actualización de la información de acuerdo con la metodología de medición establecida en la ficha técnica del indicador **Víctimas con atención o acompañamiento psicosocial en modalidad individual, familiar, comunitaria y/o grupal**, la cual refiere un conteo de personas víctimas únicas entre el PAPSIVI y la ERE-G, así como un conteo único indistinto de la modalidad de atención psicosocial [es decir, una persona víctima puede recibir atención psicosocial en modalidad individual, familiar, comunitaria y/o grupal, la cual se brinda de acuerdo con la necesidad particular y las afectaciones psicosociales identificadas por los profesionales de atención]. Teniendo en cuenta lo anterior, se actualiza el dato reportado en el Informe al Congreso para el año 2017, al pasar de 418.539 personas a 416.280 personas, esta actualización obedece a la cualificación del proceso de intercambio de información, perfilamiento de datos y medición entre el Ministerio y la UARIV.

Víctimas que acceden a rehabilitación en salud física y/o mental

Para el periodo 2015–2017 accedieron a la medida de rehabilitación en salud física y/o mental un total de 283.761 personas víctimas del conflicto armado, alcanzando el **175%** de la meta acumulada establecida en el CONPES 3726 para el mismo periodo.

Acciones estratégicas

El Ministerio consolidó los documentos técnicos del PAPSIVI con los aprendizajes y diálogos sostenidos con las víctimas del conflicto armado, las organizaciones sociales, la academia, los diferentes actores nacionales y territoriales del sistema de salud y los profesionales que acompañaron la implementación durante 5 años. La estrategia de atención psicosocial hoy tiene 80 orientaciones metodológicas que guían a los profesionales en el proceso de atención y algunas de ellas para la atención a diferentes hechos victimizantes.

Así mismo, el sector salud inició en 2017 la implementación del “Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado”, el cual tiene como objetivo “desarrollar indicaciones basadas en evidencia que orienten la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial, como medida de asistencia y/o rehabilitación para la población víctima del conflicto armado, en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – Papsivi”. Proceso desarrollado junto con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS.

El MSPS junto con la Fiscalía General de la Nación y la Unidad para las Víctimas actualizó el “Procedimiento de entrega digna de cadáveres de víctimas de desaparición forzada y homicidio en el marco del conflicto armado interno⁷⁶”, logrando acompañar 83 diligencias judiciales, de las cuales se brindó acompañamiento psicosocial a 96 familias compuestas por 511 personas, durante los años 2016 y 2017.

Por otro lado, el Ministerio desarrolló los lineamientos técnicos dirigidos a fortalecer capacidades del talento humano que orienta y brinda atención a las víctimas del conflicto armado. Desarrolló el curso virtual “Atención con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado”, logrando una cobertura de 6.404 profesionales. Así mismo, 2.000 profesionales han tomado el curso de “Protocolo de Atención en Salud Integral con Enfoque Psicosocial”. Finalmente, se ha logrado formar en promedio a 1.000 profesionales y promotores psicosociales del PAPSIVI por año.

La implementación del PAPSIVI se ha consolidado desde un enfoque territorial y con la participación efectiva de las víctimas, es así que, para cada vigencia se ha logrado que el 28% del personal que conforma los equipos psicosociales se encuentren reconocidos como víctimas; de ellas, el 66% ocupan el cargo de promotores/as psicosociales y el restante 44% se encuentra entre profesionales psicosociales, asesores, auxiliares administrativos y profesionales de la salud. Lo anterior ha permitido generar espacios de confianza con las víctimas y una articulación directa con las mesas de participación municipal, departamental y nacional.

En el marco del seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004, la Corte Constitucional reconoció en el Auto 373 de 2016 una vez más los “avances significativos” respecto a la alta cobertura en el aseguramiento a la salud en beneficio de la población desplazada y evaluó por primera vez, desde una perspectiva constitucional, la implementación de las medidas de rehabilitación psicosocial implementada a través del PAPSIVI. Dicha evaluación dio cuenta que el Programa se constituye en la principal respuesta institucional en materia de rehabilitación; así mismo, le permitió al sector salud identificar sus retos y aciertos, para el fortalecimiento de la política pública.

⁷⁶ En cumplimiento de la Ley 1408 de 2010 “Por la cual se rinde homenaje a las víctimas del delito de desaparición forzada y se dictan medidas para su localización e identificación” y su Decreto reglamentario.

6.2. Población con discapacidad

Hasta junio de 2017, el MSPS fue ente rector del Sistema Nacional de Discapacidad. Por disposición del Decreto 2107 de 2016, se trasladó esta competencia al Ministerio del Interior. Dentro de los avances que tuvo el Ministerio fue el seguimiento al cumplimiento del Plan de Acción de la Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social, anexo al CONPES Social 166 de diciembre de 2013, el cual alcanzó para esa fecha el 89,3% de ejecución. Desde el Consejo Nacional de Discapacidad coordinó el proceso de reglamentación Ley Estatutaria 1618 de 2013 y presentó, ante el Congreso de la República e instancias del Sistema Nacional de Discapacidad, balance del proceso reglamentario, que indica que de las 62 disposiciones que requieren reglamentación, se han expedido actos administrativos para 24 y las 38 restantes en trámite final de expedición de los correspondientes actos administrativos. El informe está disponible en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/documento-balance-1618-2013-240517.pdf>

De igual forma, se expidió la Guía Territorial de Gestión en Discapacidad para gobernadores y alcaldes como herramienta para la apropiación de la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social. Propició la articulación entre el Sistema Nacional de Discapacidad y el SNARIV, en 31 municipios de Colombia afectados por el conflicto armado, extendido progresivamente a otras entidades territoriales de nivel departamental y distrital.

Como administrador del Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) caracterizó durante el cuatrienio, a través de Unidades Generadoras de Datos dispuestas en el 96% de los municipios del país, a 650.519 personas para alcanzar una cobertura a marzo de 2018 de 1.404.108 personas con discapacidad. En el periodo comprendido entre junio 1 de 2017 y enero de 2018 han sido registradas 209.261 personas.

Desarrolló además un proceso reglamentario con el fin de modernizar y fortalecer el RLCPD, articulado al proceso de Certificación de Discapacidad, mediante la expedición de la Resolución 583 de 2018, en cumplimiento de disposiciones contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018. Así mismo, inició en el primer trimestre de 2018 el proceso de fortalecimiento de las competencias técnicas del talento humano en salud de las redes prestadoras de servicios configuradas por las EPS y EAPB para dar lugar a la aplicación del proceso de certificación y registro. A mayo de 2018 se han formado 1.006 profesionales en las diferentes disciplinas que integran los equipos multidisciplinarios en el proceso en 11 departamentos (Santander, Antioquia, Valle, Cauca, Nariño, Bolívar, San Andrés, Eje Cafetero, Magdalena, Boyacá, Caquetá), el Distrito Capital y el Centro de Rehabilitación Integral de las Fuerzas Militares y de Policía.

A partir del RLCPD como fuente primaria, fue implementado el Observatorio Nacional de Discapacidad, el cual puede ser consultado en el siguiente enlace: <http://ondiscapacidad.minsalud.gov.co/Paginas/Home.aspx>

El Estado colombiano -con la participación del MSPS como ente rector- sustentó, ante el Comité de Seguimiento sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU, el primer informe de aplicación de la Convención de Naciones Unidas y recibió las recomendaciones de este órgano internacional, disponibles en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Recomendaciones-comite-colombia-2016.pdf>

En el ámbito de las competencias sectoriales con el apoyo de la cooperación internacional dispuesta por el Pueblo de los Estados Unidos–USAID y la Organización Internacional para las Migraciones–OIM, con una inversión de \$2.800 millones, se construyó la ruta de atención integral en salud para víctimas de accidentes con Minas Antipersonal y Municiones Sin Explotar (MAP/MUSE), en armonía con la ruta de rehabilitación funcional definida por el MSPS y se desarrolló un proceso de fortalecimiento de las unidades de rehabilitación funcional en la red pública de prestación de servicios de las siguientes entidades territoriales: Bolívar (ESE Caribe en Cartagena), Carmen de Bolívar, Popayán, Apartadó y Quibdó. Este proceso comprendió mejoramiento de infraestructura, dotación de

mobiliario y equipos, formación de 220 profesionales de la rehabilitación en la adopción del enfoque biopsicosocial; así como el establecimiento de servicios comunitarios de rehabilitación para fortalecer la capacidad resolutoria de los primeros niveles de atención, fundamentados en la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad–RBC, que fue incluida en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), a través de la Resolución 518 de 2015 y sobre la cual se desarrolló el proceso de formación virtual con 236 agentes certificados. De igual forma durante el período se logra una cobertura de 2.240 profesionales de rehabilitación formados en la apropiación del enfoque biopsicosocial.

Complementario a las atenciones en salud, el Ministerio desarrolló un proyecto con el Secretariado Nacional de Pastoral Social–SNPS el Proyecto de Inclusión Social con Enfoque Psicosocial–ISEP, que tuvo como objeto general “Impulsar procesos locales de inclusión social con enfoque psicosocial, con víctimas de violencia, en confinamiento, en riesgo o en situación de desplazamiento forzado, en áreas rural y urbana de mínimo 44 municipios del país” y que contó con la participación directa de 1.087 personas con discapacidad en los municipios priorizados en los departamentos de Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Caquetá, Cauca, Chocó, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre y Valle.

Para apoyar los planes territoriales de atención a la Discapacidad, el MSPS durante los años 2014 y 2015 transfirió recursos por \$2.884.744.000 a 32 departamentos y 4 distritos orientada a la entrega de ayudas técnicas, implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad–RBC y fortalecimiento de las organizaciones de personas con discapacidad así como de los comités territoriales de discapacidad, beneficiando a 2.200 personas con discapacidad y sus familias.

Durante la vigencia 2015 se implementó una estrategia de fortalecimiento familiar y comunitario para la inclusión social de las personas con discapacidad en 10 municipios de los departamentos de Tolima y Quindío con una participación de 473 familias beneficiadas. Para la vigencia 2016, el proceso se orientó al fortalecimiento de organizaciones de personas con discapacidad en 8 departamentos (Arauca, Caldas, Caquetá, Cesar, Cundinamarca, Huila, Meta y Quindío) con una participación de 78 organizaciones y un total de 195 participantes. En 2017 se da continuidad a la estrategia de fortalecimiento familiar y comunitario en 15 municipios de los departamentos de Vaupés, Huila, Caquetá y Sucre con una cobertura de 831 familias beneficiarias.

En el marco del reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, se dio inicio al proceso de preparación e implementación de las disposiciones contenidas en la Resolución 1904 de 2017 orientadas a la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad y su articulación con las Rutas Integrales de Atención en Salud.

Con el fin de avanzar en la formulación del programa de atención integral de personas indígenas con discapacidad, concertado en el marco de la Subcomisión Indígena para el cumplimiento del Acuerdo 22 del Plan Nacional de Desarrollo, se realizaron 5 mesas técnicas con población indígena con discapacidad y líderes de las comunidades en Chocó, Huila, Vichada, Caquetá y Tolima. Fruto de este proceso se cuenta con el documento base sobre las percepciones en torno a la discapacidad y la identificación de problemas sobre los cuales se estructurará el programa.

Finalmente, de forma conjunta con el ICBF y el SENA se dio apertura al programa de formación titulado “Cuidado básico de personas con dependencia funcional” con 773 personas formadas y 189 adicionales en formación, en 18 entidades territoriales del país. Sumado a ello, se participó en la estructuración de la propuesta del Sistema Nacional de Cuidado liderado por el DNP.

Cuadro 101. Presupuesto Grupo de Discapacidad

Año	MINSALUD	MINSALUD
	Proyecto de inversión Asistencia y Promoción Social por la Inclusión y la Equidad Nacional	Proyecto Inversión Implantación de proyectos para población en condiciones especiales (salud mental, Discapacitados y Desplazados)
2015	683.053.000	884.774.000
2016	931.315.880	-

Año	MINSALUD	MINSALUD
	Proyecto de inversión Asistencia y Promoción Social por la Inclusión y la Equidad Nacional	Proyecto Inversión Implantación de proyectos para población en condiciones especiales (salud mental, Discapacitados y Desplazados)
2017	779.345.586	-
2018	825.366.050	-

Fuente: MSPS. Oficina de Promoción Social

6.3. Población inimputable por trastorno mental

Con base en la Constitución Política, artículos 47, 48, 49, 113 y 209 principalmente, desde 1997 el MSPS asumió la responsabilidad de garantizar la asistencia médica psiquiátrica y social así como la rehabilitación de las personas declaradas jurídicamente como inimputables por trastorno mental e inmadurez psicológica. Para cumplir con dicha tarea, a partir de 2001 la Nación apropia los recursos respectivos dentro del Presupuesto General de la Nación al Ministerio de Salud y Protección Social en el rubro Atención en Salud a Población Inimputable por Trastorno Mental, atendiendo igualmente lo establecido en el numeral 43.1.10 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001⁷⁷, el artículo 465 de la Ley 906 de 2004⁷⁸ y que a la fecha no se encuentran en funcionamiento los establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica de que trata el artículo 16 de Ley 1709 de 2014, mediante el cual se modificó el artículo 24 de la Ley 65 de 1993.

En concordancia, mediante Resolución 1721 de 2017⁷⁹ el Ministerio estableció que los recursos serán asignados a las direcciones de salud departamentales y distritales, o la dependencia que haga sus veces en la entidad territorial, previa verificación y certificación del cumplimiento de criterios señalados en la misma, dirigidos a garantizar la asistencia médica psiquiátrica y social así como la rehabilitación que requiere esta población.

El programa contempla la atención integral por parte de un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, nutricionista, enfermera jefa y auxiliar de enfermería y acompañamiento. Incluye la coordinación, capacitación y articulación de diferentes actores como la Rama Judicial, Fiscalía, Instituto Nacional de Medicina legal, Fuerzas Militares, INPEC, Secretarías de Salud, Alcaldías, Defensoría y Procuraduría, así como centros especializados. De acuerdo con la disponibilidad de cupos en los centros, se ubica a los pacientes cerca de su familia, con el fin de fortalecer los vínculos y redes de apoyo familiar, a solicitud de los juzgados de ejecución de penas y medidas de seguridad.

En cumplimiento de lo anterior, para la vigencia 2017, mediante Resoluciones 2310 y 5248 de 2017⁸⁰ se asignaron recursos a trece (13) entidades territoriales por valor de \$17.268.405.000, con el fin de que en el marco de sus competencias celebraran contratos o convenios con IPS de reconocida y comprobada idoneidad, especializadas en el área de salud mental que brinden los servicios objeto del programa. En este marco, durante el mismo año, en el Programa fueron atendidas 436 personas inimputables mediante 415 cupos en 17 IPS.

Para la vigencia 2018, mediante Resolución 997 de 2018⁸¹ se asignaron recursos a trece (13) entidades territoriales por valor de \$13.681.037.000 que permiten cubrir el costo de 288 días calendario, por lo cual posteriormente se solicitará la respectiva adición de recursos y se tramitará resolución para la nueva asignación.

⁷⁷ "43.1.10. Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la Nación."

⁷⁸ "Artículo 465. Entidad competente. El tratamiento de los inimputables por trastorno mental estará a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a quien corresponderá la ejecución de las medidas de protección y seguridad."

⁷⁹ "Por la cual se determinan los criterios de asignación de recursos del Presupuesto General de la Nación destinados a garantizar la atención de la población inimputable con medida de seguridad consistente en la internación en establecimiento psiquiátrico."

⁸⁰ "Por la cual se efectúa una asignación de recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social de la vigencia fiscal de 2017, para garantizar la atención de la población inimputable con medida de seguridad consistente en la internación en establecimiento psiquiátrico."

⁸¹ "Por la cual se efectúa una asignación de recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social de la vigencia fiscal de 2018, para garantizar la atención de la población inimputable con medida de seguridad consistente en la internación en establecimiento psiquiátrico."

En este marco, en lo corrido de la vigencia 2018, han sido atendidos en el Programa 407 personas inimputables y se cuenta con 422 cupos disponibles en 17 IPS.

Cuadro 102. Presupuesto población inimputable por trastorno mental

Presupuesto ejecutado 2015	Presupuesto ejecutado 2016	Presupuesto ejecutado 2017	Presupuesto asignado 2018
12.316.000.000	13.971.692.000	17.268.405.000	13.681.037.000

Fuente: MSPS. Oficina de Promoción Social

6.4. Mujer y género

Durante el periodo 2015 a 2018, el MSPS realizó diferentes acciones con el propósito de reglamentar la implementación de las **medidas de atención a mujeres víctimas de violencia, contenidas en el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008**⁸².

En este sentido, durante 2015, el Ministerio elaboró una propuesta de modificación de los artículos 13 y 19 de la Ley 1257 de 2008, para que surtiera trámite en la aprobación del Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018, buscando que se garantizara su oferta a través de programas operados y ejecutados por las Entidades Territoriales, como la mayoría de los programas descentralizados, y no por las EPS, donde ya se habían identificado limitaciones legales que hacían inaplicable el mandato literal de la ley.

Esta iniciativa, da como resultado lo contenido en el literal i) del acápite de gastos del Artículo 67° de la Ley 1753 de 2015 “Recursos que administrará la entidad administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud” que establece: “Las medidas de atención de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el MSPS, para la cual los recursos asignados para el efecto, serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas a su cargo”, lo que abrió paso a que el MSPS avanzara en la estructuración definitiva que permitiera brindar las medidas de atención.

En 2016, se elaboró un proyecto de decreto modificatorio al Capítulo 1 del Título 2 de la parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social referente a la Atención Integral en Salud a Mujeres Víctimas de Violencia, antiguo Decreto 2734 de 2012⁸³, en lo concerniente al sector salud. De igual forma, se ajustó y actualizó el proyecto de lineamientos técnicos para la implementación de las medidas de atención y procedimiento para el reconocimiento y pago de las mismas, y los proyectos de resolución sobre criterios de asignación de recursos y de distribución a las entidades territoriales.

Durante 2017, se realizó ajuste al proyecto de decreto modificatorio, a partir de las observaciones del Ministerio de Defensa y del Comité de Seguimiento a la Implementación de la Ley 1257 de 2008. De igual forma se actualizaron y ajustaron los proyectos de lineamientos y de resoluciones de asignación de recursos y de criterios de distribución de recursos a las entidades territoriales, vigencia 2017. Es de precisar que el trámite de expedición de los estos actos administrativos solo sería posible a la entrada en funcionamiento de la ADRES; lo cual sucedió hasta agosto de 2017.

En lo corrido de 2018 fueron incorporadas, al proyecto de decreto modificatorio del Decreto 780 de 2016, las nuevas observaciones realizadas por las instituciones y las organizaciones de mujeres que integran el Comité de Seguimiento a la implementación de la ley. A la fecha, se encuentra en revisión final de los Ministerios de Defensa–Policía Nacional y de Justicia y del Derecho; para posteriormente surtir el trámite de consulta pública y publicación. Una vez se expida el decreto modificatorio, se procederá con la expedición de las resoluciones de asignación de recursos y de criterios de distribución de recursos a las entidades territoriales.

⁸² Mediante la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres

⁸³ Por el cual se reglamentan las medidas de atención a las mujeres víctimas de violencia

Es pertinente mencionar que durante el periodo 2015 a 2018 el SGSSS, a través del FOSYGA y ADRES, anualmente apropió un monto importante de recursos para la financiación de las medidas de atención.

En lo relacionado con la acción de “**Transversalización del Enfoque de Género**”, incluida en el Eje de Transformación Cultural del Plan Indicativo del CONPES 161 de 2013, y en cumplimiento de los instrumentos internacionales⁸⁴ en materia de Derechos de las Mujeres y de eliminación de todas las formas de discriminación y violencias, así como los relacionados con los Derechos Humanos y de contenido en el Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, durante el periodo 2014-2016, el MSPS diseñó un instrumento de encuesta que permitió en el 2017 el levantamiento de la línea de base sobre percepción, roles y conocimientos de las personas que trabajan en el Ministerio en calidad de servidores públicos, con una muestra del 49% del universo de servidores y elaboró la primera versión del documento de lineamientos para la transversalización del enfoque de género en el sector salud.

Así mismo, se incorporó el enfoque de género en políticas, planes y programas, como son el programa para la atención psicosocial a víctimas del conflicto (PAPSIVI) y los documentos que contienen las Políticas Públicas Nacionales de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias y Envejecimiento Humano y Vejez, lo cual ha sido referente para brindar asistencia técnica a departamentos como Caquetá, Santander y San Andrés, en lo referente a la incorporación del enfoque de género en políticas, planes y programas del sector salud.

Adicionalmente, con el objetivo de dar cumplimiento a lo establecido en el documento de las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 y de institucionalizar y garantizar el desarrollo del proceso de transversalización al interior del Ministerio, se tramita actualmente un proyecto de resolución para conformar un Comité Interno de Género y Salud. Igualmente, se avanza mediante la Cooperación de Eurosocial+, la Cátedra UNESCO/Argentina y el MSPS, para: ajustar el documento de lineamientos y elaborar un informe diagnóstico sobre los documentos de salud y género existentes, así como dar recomendaciones sobre la incorporación del enfoque de género en la Política de Atención Integral en Salud–PAIS y en el Modelo de Atención Integral en Salud–MIAS.

Cuadro 103. Presupuesto mujer y género

Presupuesto ejecutado 2015	Presupuesto ejecutado 2016	Presupuesto ejecutado 2017	Presupuesto asignado 2018
57.330.000	59.603.801	58.630.400	70.362.000

Fuente: MSPS. Oficina de Promoción Social

6.5. Familia, adulto mayor y vejez

Familia

En cumplimiento de la Ley 1361 de 2009, durante el periodo junio, 2014-julio, 2016, el MSPS en coordinación con las entidades nacionales corresponsables, las entidades territoriales, la academia y la sociedad civil, avanzó en la elaboración de la **Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias**, el cual fue validado por el

⁸⁴ El Estado colombiano ha ratificado instrumentos internacionales de Derechos Humanos como la Convención Internacional para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer –CEDAW-, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer –Belem do Pará, la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo - El Cairo 1994, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos – Viena 1993, la III Conferencia Mundial sobre las Mujeres - Nairobi 1985, la I Conferencia Mundial de la Mujer de las Naciones Unidas – México 1975, así como ha suscrito La Declaración y plataforma de acción de Beijing y las recomendaciones diamantes de la Conferencia de Beijing +10 (2005), las cuales tienen como objetivo garantizar los derechos de las mujeres y eliminar todas las formas de discriminación que se dirigen hacia mujeres y niñas. Asimismo, el Estado colombiano se ha comprometido con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible –ODS, entre los que se encuentra, el Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Específicamente con la Meta 5.2: “Eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual, y otros tipos de explotación” y Meta 5.3: “Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, el matrimonio precoz y el matrimonio forzado, así como la mutilación genital femenina”.

Comité Ejecutivo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar en noviembre de 2016, dispuesto en la página web del Ministerio y difundido a nivel nacional durante 2017. A la vez, se configuraron grupos de trabajo⁸⁵ interinstitucionales e intersectoriales para la estructuración del Plan de Acción, la definición de lineamientos para la creación de programas de fortalecimiento familiar, la gestión del conocimiento, la caracterización de las familias y el apoyo a los observatorios de familia en el territorio.

A través de una mesa técnica interna de familia se hace la articulación de las áreas del Ministerio en función de integrar los temas de familia con las Políticas de Atención Integral en Salud–PAIS y el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS. Igualmente, en el periodo de referencia se ha brindado asistencia técnica a entidades nacionales, departamentales, distritales y municipales como Arauca, Boyacá, Caquetá, Cundinamarca, Meta y Girardot, para la formulación de políticas, planes y programas para las familias y para la gestión intersectorial en el marco de los Consejos de Política Social y de las mesas de infancia, adolescencia y familia.

Anualmente se emiten orientaciones para que, en el mes de mayo, las entidades territoriales realicen actividades alusivas al reconocimiento de la familia como sujeto colectivo de derechos, el desarrollo de sus capacidades y el fortalecimiento de relaciones democráticas a su interior, acordes con la Política Nacional, las orientaciones de Naciones Unidas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el marco de la conmemoración del vigésimo aniversario del año internacional de las familias, 2014, se realizó un Foro Internacional de “Buenas Prácticas en Familia” al que asistieron más de 200 personas, igualmente, a finales de 2017 se realizó un evento nacional con el propósito de avanzar en el Fortalecimiento de la Atención Integral de Poblaciones Vulnerables con participación de 117 delegados de entidades públicas y privadas, nacionales, departamentales, distritales y municipales y la academia.

Adulto mayor y vejez

Entre 2014 y 2018 se han realizado 41 sesiones de los Encuentros Nación-Territorio, mediante la modalidad de videoconferencia, compartiendo diferentes temáticas relacionadas con las personas adultas mayores, la vejez, el envejecimiento humano y la familia, con participación promedio de 60 personas en cada sesión. Durante el mismo periodo, el Ministerio adelantó un proceso de revisión, actualización y ajuste de la Política Nacional de Envejecimiento Humano y Vejez y se definió un plan de acción con metas a corto, mediano y largo plazo con precisión sobre responsabilidades de la Nación, los departamentos, distritos y municipios. Así mismo, el Ministerio trabajó activamente en la elaboración de la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores, aprobada en 2015 por la Organización de Estados Americanos-OEA.

El MSPS, entre 2014 y 2015, transfirió \$1.039.689.000.000 a las entidades departamentales y distritales como concurrencia para la ejecución de proyectos territoriales que contemplen acciones de fortalecimiento de la participación ciudadana e integración social de los colectivos y personas adultas mayores.

A lo largo del periodo 2015-2016, el Ministerio -por intermedio de las Universidades del Valle y de Caldas, con interventoría de Colciencias- realizó la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento–SABE Colombia. Los principales resultados fueron socializados en el marco del XII Congreso Colombiano de Gerontología y Geriatria. Con base en ellos, se realizó la armonización del plan de acción de la Política. Esto en virtud de que los resultados evidenciaron aspectos relevantes como: i) la importancia de incidir en los determinantes del envejecimiento saludable y activo a través de la acción intersectorial; ii) la necesidad de organizar los servicios socio-sanitarios para la atención de la dependencia funcional, y, iii) la necesidad de organizar los servicios de cuidado y la atención a las personas cuidadoras en el marco de un sistema nacional de cuidado.

⁸⁵ Estos grupos de trabajo están compuestos por representantes de la Presidencia de la República (Estrategia Cero a Siempre), los Ministerios de Educación Nacional, Cultura, Vivienda, Ciudad y Territorio, Trabajo, Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Relaciones Exteriores, Agricultura y Desarrollo Rural, el Departamento Nacional de Planeación, el Departamento para la Prosperidad Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Mesa Técnica Nacional de Familia.

En 2015, el Ministerio expidió la Resolución 1378 de 2015 por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social de las personas mayores y para la conmemoración del 'Día del Colombiano de Oro'. En desarrollo de la Ley 1276 de 2009, mediante la cual se establecen criterios de atención integral de las personas adultas mayores en los centros vida, el Ministerio expidió la Resolución 024 de 2017 por la cual se determinan los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los centros vida. El resultado de la socialización de esta resolución durante 2017 fue la expedición de la Resolución 055 de 2018, mediante la cual se modifica la Resolución 024 de 2017, precisando los procedimientos administrativos y técnicos para la autorización de funcionamiento y operación con requisitos mínimos esenciales de los centros vida y de los centros día para personas adultas mayores.

Entre 2016 y 2017 se estructuró el perfil y competencias profesionales del gerontólogo en Colombia, como una carta de navegación para que las instituciones de educación superior revisen y ajusten sus currículos, a fin de ofrecer a los futuros profesionales las herramientas conceptuales, metodológicas, técnicas y éticas para un desempeño profesional colaborativo y de calidad, respondiendo de esta manera a la realidad social del país.

Cuadro 104. Presupuesto de los componentes de Familia y Adulto Mayor

Año	MINSALUD	MINSALUD
	Proyecto de inversión Asistencia y Promoción Social por la Inclusión y la Equidad Nacional	Programa Funcionamiento Asistencia a Ancianos, Niños Adoptivos y Población Desprotegida
2015	292.238.000	511.862.000
2016	123.424.234	-
2017	195.000.000	-
2018	282.086.050	-

Fuente: MSPS. Oficina de Promoción Social

6.6 Asuntos étnicos

El Ministerio de Salud y Protección Social adelantó el proceso de concertación con los pueblos indígenas de las acciones del sector salud que fueron incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país", relacionadas -entre otras- con la estructuración e implementación del SISPI, la continuidad del funcionamiento de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas (Decreto 1973 de 2013) y del apoyo al diseño de las formas del cuidado de la salud propias e interculturales (modelos).

Estructuración del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural

En octubre de 2014 el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1953, donde en su Título IV establece el marco del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI). En 2015 y 2016 se avanza en la construcción conjunta del componente de Cuidado de Salud Propia e Intercultural y el de Sabiduría Ancestral, contando con el trabajo de la Subcomisión y con los informes de los proyectos de construcción de modelos de salud propia que se venían apoyando desde 2009. En este proceso hay un énfasis fuerte en la filosofía del Buen Vivir y en la importancia del territorio como generador de salud colectiva.

El logro de 2016 consistió en haber concertado el primer documento técnico con la Subcomisión de Salud, el cual correspondió a la "Guía Metodológica para la Construcción de Contenidos e Implementación del SISPI", con la que se dio un primer lineamiento a las entidades territoriales y a las autoridades y organizaciones indígenas, sobre cómo adelantar el proceso de estructuración de los modelos de salud y, a partir de ellos, del SISPI en los territorios.

En 2017, se profundizó el trabajo técnico iniciado en 2016, mediante la realización de cinco asambleas de diálogo y construcción conjunta con la participación de autoridades tradicionales, líderes, ancianos, médicos ancestrales y

delegados de organizaciones indígenas, de sus estructuras organizativas propias tales como las EPS e IPS que han conformado y de los programas de salud, cuyo propósito fue la consecución de insumos para enriquecer la propuesta de documento base del SISPI.

Actualmente se tiene el documento de la propuesta del SISPI desde la perspectiva institucional, elaborada a partir de todo el proceso descrito y que puede estar próximo a ser protocolizado ante la Subcomisión de Salud o el el Congreso Nacional de Salud, y posteriormente ante la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos Indígenas. En él están las líneas estratégicas y estructura de dicho documento: una primera parte del contexto general que incluye los antecedentes del proceso de construcción del SISPI, marco jurídico y normativo en salud, análisis actual del estado de salud integral de la población indígena del país y una segunda parte del cuerpo del documento que contiene definición de aspectos operativos interculturales del SISPI en sus cinco componentes, procesos propuestos desde el ámbito institucional en el marco de las políticas públicas en salud.

Por último, se expidió la Circular 011 de 2018 que tiene como objetivo que los Gobernadores, Alcaldes, Secretarios de Salud o quienes hagan sus veces, Gerentes/Directores de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, Gerentes/Directores de Empresa Social del Estado-ESE/Institución Prestadora de Servicios-IPS y el Superintendente Nacional de Salud, desarrollen acciones para avanzar en la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural-SISPI a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Subcomisión de Salud de la mesa permanente de concertación con pueblos y organizaciones indígenas

Siguiendo el Decreto 1973 de 2013, que crea esta Subcomisión, se han realizado veinticinco (25) sesiones desde 2014 hasta la fecha, con un promedio seis (6) reuniones al año. A partir del año 2016, la Subcomisión empezó a sesionar en ciudades distintas a la capital colombiana con el objeto de socializar y validar en territorio las acciones adelantadas por la misma (Santander de Quilichao-Cauca, Santa Marta-Magdalena y Mitú-Vaupés, Ibagué-Tolima). En 2018 se han realizado 3 sesiones. Estos 25 encuentros permitieron protocolizar la “Guía Metodológica para la construcción de contenidos de los componentes e implementación del SISPI”, los “Lineamientos incorporación de enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia”; y el texto de la Circular 11 de 2018. Así mismo, se definió y ajustó el Plan del Cuidado de la Vida Colectiva para los Pueblos Indígenas.

Diseño de modelos de salud propios e interculturales

Para 2014, se continuó con el diseño de modelos de salud propios e interculturales con los siguientes pueblos indígenas: Embera Chami de Caldas, Misak, Yanacona, Nasa y Totoroez del Cauca, Awá adscritos a la organización UNIPA de Nariño, Pijaos del Tolima, Uitoto, Ticuna, Cocoma, Yagua Bora, Ocaina y Muinane del Amazonas, Pastos de Nariño y Kogui, Wiwa, Kankuamos y Arhuacos de la Sierra Nevada de Santa Marta. Se ejecutaron recursos por \$800.000.000. Para 2015, se apoyó la continuidad del apoyo técnico y financiero de los pueblos indígenas de 2014, excepto Misak, Pastos y los 4 pueblos de la Sierra y fue nuevo el Nasa de la organización CRIC del Cauca. Se ejecutaron recursos por \$360.079.200.

En 2016, se apoyó la continuidad de los pueblos indígenas Embera Chamí de Caldas, Pijaos del Tolima, Awa de Nariño y Putumayo, Totoroez y Misak del Cauca, Bora, Uitoto, Muinane y Okaina de Amazonas, Nukak del Guaviare y Wayúu de la Guajira, mediante transferencias al territorio (Resoluciones 6091 y 6395 de 2016) y se ejecutaron recursos por \$860.000.000. Para 2017, se apoyó a los pueblos indígenas: Pastos de Nariño, Kogi y Arhuaco de la Sierra Nevada de Santa Marta, Yanacona del Cauca, Cofan del Putumayo y los pueblos indígenas del Guainía. Se ejecutaron recursos por \$330.000.000.

Para 2018, se tiene previsto continuar con el apoyo a los procesos de diseño de modelos de salud propios e interculturales a tres pueblos: Misak del Cauca; Arhuaco y Kogui de la Sierra Nevada, y otros que sean concertados con la Subcomisión de Salud, según la disponibilidad de recursos.

Reglamentación Ley 691 de 2001

En 2014 se expidió la Resolución 5925 de 2014 que estableció el valor de la UPC diferencial en el Régimen Subsidiado para los pueblos indígenas, a través de sus EPS–Indígenas, en un incremento del 3,04% sobre el valor de la UPC general por grupo etario, incrementándose gradualmente hasta un 4,81% (Resolución 5268 de 2017).

Durante los dos periodos presidenciales se discutió el proyecto de Decreto de Habilitación Financiera de las EPS Indígenas (EPSI), con participación de representantes de dichas entidades, autoridades indígenas y delegados indígenas de la Subcomisión de Salud, hasta ser protocolizado en sesión de la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas en julio de 2016, culminando con la expedición del Decreto 1848 de 2017, por el cual se adiciona la Sección 2 al Capítulo 4 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2. del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con el Sistema de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas-EPSI, aplicables durante el periodo de transición al Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI-y se dictan otras disposiciones.

Cumplimiento de órdenes y sentencias judiciales

El MSPS ha participado e incidido en las reuniones convocadas por la DIRM de Ministerio del Interior y la Unidad de Víctimas, en lo relacionado con: la concertación y seguimiento a la implementación de los Planes de Salvaguarda Totoroez, Kankuamo, U'wa, Embera, Kokonuko, Jiw, Nukak y Wiwa; la revisión y definición de acciones para los Planes Provisionales Urgentes de Reacción y Contingencia de los pueblos Awa, Jiw y Nukak; el retorno y/o reubicación de la población Embera Chamí y Katio desplazada en las ciudades de Cali, Medellín y Bogotá; y revisión del plan de acción propuesto por las mujeres indígenas de la región del Bajo San Juan y Bajo Calima (Autos 092 de 2008, 004 de 2009, 382 de 2010, 174 de 2011, 173 de 2012, 051 de 2013, 565 de 2016, 091 de 2017).

Durante las vigencias 2015, 2016 y 2017 se realizó la transferencia de recursos a los departamentos de Nariño y Putumayo para dar continuidad y cumplimiento a las acciones definidas y acordadas con el Pueblo indígena Awá de Nariño y Putumayo, en el marco del Plan Provisional Urgente de Reacción y Contingencia ordenado en el Auto 174 de 2012 de la Corte Constitucional, por un monto de \$400.000.000 (Resoluciones 834 de 2015, 6091 de 2016 y 5265 de 2017).

Acciones en frontera

En el marco de la Comisión Andina de Salud Intercultural se elaboró la Política Andina de Salud Intercultural, que ofrece insumos conceptuales y estratégicos que orientan y/o fortalezcan el desarrollo de políticas, planes y programas en salud intercultural en los países andinos, que respondan con pertinencia a las necesidades de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos que conviven en la subregión, en el marco del respeto a sus derechos individuales y colectivos, que garanticen el acceso a una atención integral y de calidad de acuerdo a su contexto cultural.

Acciones con comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales

En noviembre de 2014 se llevó a cabo una sesión de la Mesa de Protección Social para comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (conformada en cumplimiento a los compromisos del PND 2010-2014), en la

cual se hizo un balance del cumplimiento de los compromisos adquiridos por el Ministerio con esta población en el Anexo IV.C-1.1 del Plan Nacional de Desarrollo 2010- 2014 y se elaboró un plan de acción para el año 2015.

Sin embargo, debido a que la instancia nacional que los había seleccionado había sido derogada por sentencia, solo pudo darse la primera reunión con la ahora denominada Comisión Tercera de Protección Social, Salud, ICBF, mujer, género y generaciones del Espacio Nacional de Consulta Previa, en abril de 2018, de manera conjunta con la Dirección de Epidemiología y Demografía.

Se participó en las reuniones citadas por los diferentes entes el gobierno nacional sobre lo concerniente al Estatuto Raizal y se ha brindado asistencia técnica a la Secretaria de Salud del Archipiélago de San Andrés a fin de darle herramientas técnicas para el abordaje de la salud del pueblo raizal.

Acciones con Pueblo Rrom (gitano)

Se adelantó el proceso de concertación con el pueblo Rrom de las acciones del sector salud que fueron incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, relacionadas -entre otras- con la elaboración de los contenidos del capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública desde la perspectiva del pueblo Rrom, la adecuación sociocultural de los programas de salud pública y la continuidad del funcionamiento de la Mesa de Salud Rrom en la modalidad de espacios territoriales de construcción conjunta con cada una de las kumpanias.

En febrero de 2015, el MSPS presentó a los Delegados de la Comisión Nacional de Diálogo reunidos en Bogotá, la propuesta de realizar en cada territorio donde están asentadas las kumpaño, una reunión para brindar asistencia técnica tanto a las instituciones del SGSSS y a delegados del pueblo Rrom para la formulación de un Plan de Acción territorial adecuado a las necesidades y problemáticas en salud de los Rrom, la cual fue aprobada. En el segundo semestre se realizaron las mesas en 10 territorios donde se encuentran asentadas las Kumpaño: Envigado (Antioquia); Sabanalarga (Atlántico); Bogotá D.C. (organizaciones ProRom y Kriss Romani); Sahagún y San Pelayo (Córdoba); Pasto (Nariño); Cúcuta (Norte de Santander); Girón (Santander); Sampedrés (Sucre) y Ataco, Saldaña, Prado e Ibagué (Tolima), con la participación de delegados Rrom y de las instituciones del SGSSS y en las cuales se elaboraron los planes de acción por kumpania .

A partir de 2016 y hasta la fecha se han realizado gestiones de seguimiento a los compromisos a corto y mediano plazo establecidos en cada uno de los planes de acción elaborados con las kumpaño, a través de la realización de mesas de trabajo territoriales con la participación de diferentes actores del SGSSS y delegados Rrom y de la asistencia técnica a las autoridades sanitarias de la jurisdicción respectiva donde se encuentran las kumpaño.

Cuadro 105. Presupuesto Grupos Étnicos

Presupuesto ejecutado 2015	Presupuesto ejecutado 2016	Presupuesto ejecutado 2017	Presupuesto asignado 2018
1.544.654.362	1.758.409.069	1.571.419.377	1.341.510.050

Fuente: MSPS. Oficina de Promoción Social

6.7. Habitante de la calle

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1641 de 2013, el MSPS es el formulador -junto con las entidades del Estado- y coordinador de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle (PPSHC). Bajo este mandato, en el segundo semestre de 2013 se había creado una guía metodológica, un plan de trabajo y dos mesas técnicas (una a nivel Interno y otra a nivel Nacional) para avanzar en los acuerdos en torno a la formulación de la política.

En 2014 se recolectaron insumos para la elaboración de los lineamientos generales de política a partir de los componentes establecidos por la Ley y mediante:

- Cinco foros regionales (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga) con participación de 1.150 personas (representantes de ONG, academia, habitantes de calle y entidades del Estado).
- Cinco encuentros de la Mesa Nacional en el marco de la política, con presencia de entidades de diversos sectores del nivel central.

En 2015, el Ministerio ajustó la propuesta de Líneas Estratégicas de la Política con insumos de diversas entidades (oferta de servicios) y solicitó a 13 entidades del orden nacional allegar información sobre el conocimiento de la población habitante de calle, así como la oferta institucional brindada a ésta. El Ministerio también adecuó sus sistemas de información, mediante la resolución 5592 de 2015, con la variable de habitante de calle con el fin de contar con datos que permitan tener mayor claridad sobre las afectaciones que presenta esta población en materia de salud y generar estrategias de atención diferencial para la población habitante de calle.

A partir de lo anterior, en 2016 se coordinó la estructuración de dos diagnósticos. Uno general, sobre la población habitante de calle, el cual tiene por objeto cimentar las líneas de política pública correspondientes a los diversos componentes que deben ser desarrollados de acuerdo con la Ley 1641 de 2013 y otro en salud para el componente de salud de la política competencia de este Ministerio. Estos diagnósticos se validaron con las distintas entidades competentes, en el marco de la Mesa Técnica Nacional, en septiembre de 2016. Adicionalmente, el MSPS expidió el Decreto 2083 de 2016 “Por el cual se modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, en el cual se establece la población habitante de la calle como una de las poblaciones especiales dentro del aseguramiento mediante listado censal. A su vez expidió las resoluciones 5246 de 2016 y 2339 de 2017 que brindan las orientaciones necesarias para tal efecto. Con ello se avanzó en la búsqueda de cobertura universal para la población.

Es preciso recordar que las cifras nacionales oficiales sobre la población habitante de la calle solo se obtendrán en el marco del XVIII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda que realiza el DANE (Art.4. Ley 1641 de 2013). Sin embargo, el Ministerio realizó un ejercicio con relación al número de personas habitantes de calle registrado en las bases de datos de los municipios y de esta forma obtuvo una información que permitiera avanzar en la formulación de la política pública, en tanto se realiza el censo nacional. Las cifras con que cuenta el MSPS son una aproximación de la población habitante de calle que ha pasado por los servicios sociales de las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga y Barranquilla.

Cuadro 106. Habitante de calle

Ciudad	Hab. de calle	Proyecc. Pobl. DANE 2017	Tasa por cada mil Hab.
Bucaramanga	2.213	528.497	4,2
Bogotá	9.538	8.080.734	1,2
Cali	4.451	2.420.114	1,8
Barranquilla	1.821	1.228.271	1,5
Medellín	2.761	2.508.452	1,1
Total	20.784	14.766.068	1,4

Fuente: Secretarías de Salud e Integración Social de las ciudades capitales y Censo Bogotá, corte 2017.

Por otra parte, el Ministerio acordó con el departamento de Risaralda (municipios de Pereira, Dosquebradas, Santa Rosa), y los municipios de Ibagué y Zipaquirá, la realización de pilotos de lineamientos para atención de población habitante de la calle. Para ello, en 2017 se desarrollaron asistencias técnicas en las cuales los municipios presentaron la información que tenían disponible y los diagnósticos que habían realizado. Por su parte el Ministerio dio a conocer el instrumento de propuesta de identificación de la población y se acordaron los pilotajes del instrumento en los municipios anteriormente enunciados. De estos pilotos se espera obtener información para ajustar el alcance de los lineamientos de forma que sean aplicables en todos los municipios que tienen esta población (por municipios muy dispares) y adicionalmente monitorear la implementación de los avances normativos con relación a la población en el tema de salud.

Así mismo, durante 2017 el Ministerio realizó nuevos desarrollos frente a la formulación de esta política, los cuales fueron expuestos en agosto de 2017 en la Mesa Técnica Nacional de Habitante de la Calle y validados por 11 de las 15 entidades pertenecientes a dicha mesa. El resultado debe ser la expedición de un decreto que formalice el documento de política nacional, defina la instancia de coordinación de la política y las entidades responsables, el cual se tramitará en lo que resta de 2018.

El componente de atención integral en salud, que es competencia del Ministerio, se encuentra validado y listo para su adopción, mediante resolución de la entidad. Adicionalmente, se aplicó un piloto del instrumento de identificación y caracterización básica de la población habitante de calle que se constituirá en la herramienta nacional de captura de información para alimentar el registro del MSPS, de manera que se tenga información básica estandarizada y comparable sobre la población. Su adopción se realizará mediante resolución del MSPS dirigida a la Secretarías Sociales de los territorios y a las Secretarías de Salud. También se formularon los planes de acción de los tres pilotos de lineamientos que se encuentran en desarrollo, y se realizará un evento de resultados de los pilotos a finales de éste año.

Cuadro 107. Presupuesto. Habitante de calle

Presupuesto ejecutado 2015	Presupuesto ejecutado 2016	Presupuesto ejecutado 2017	Presupuesto asignado 2018
146.100.000	157.550.698	169.775.333	223.583.800

Fuente: MSPS. Oficina de Promoción Social

7. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EN EL SGSSS

7.1 Acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) realizadas por el INVIMA

Fortalecimiento de la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) sanitaria con enfoque de riesgo

En el marco de la Resolución 1229 de 2013 del MSPS, el INVIMA diseñó e implementó un modelo de vigilancia sanitaria basado en riesgos, denominado IVC SOA, el cual evalúa los establecimientos y productos bajo vigilancia según sus riesgos, considerando severidad (S), probabilidad de ocurrencia (O) y afectación (A).

En septiembre de 2015, el INVIMA calificó todos los establecimientos que tenía a su cargo según su riesgo y a partir de entonces ha venido actualizando esta calificación trimestralmente, teniendo en cuenta -entre otros- los resultados de las visitas de inspección, las certificaciones sanitarias y las denuncias.

A diciembre de 2017, el censo de establecimientos vigilados corresponde a 13.397, de los cuales el 14% establecimientos con riesgo alto, el 24,2% con riesgo alto, el 60,5% con moderado y el 15.2 con bajo.

Cuadro 108. Establecimientos por nivel de riesgo, a 2017

Tipo de establecimiento	Nivel de Riesgo								Total No.
	Muy Alto		Alto		Moderado		Bajo		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Alimentos	1	0,0%	2.613	35,6%	4.715	64,3%	1	0,0%	7.330
Plantas de beneficio	1	0,2%	53	8,9%	537	90,1%	5	0,8%	596
Medicamentos	10	1,0%	144	14,7%	715	73,0%	110	11,2%	979
Bancos de sangre	-	0,0%	11	13,6%	64	79,0%	6	7,4%	81
Investigaciones clínicas	-	0,0%	28	24,1%	77	66,4%	11	9,5%	116
Dispositivos médicos	2	0,1%	249	8,3%	1.243	41,7%	1.490	49,9%	2.984
Cosméticos	-	0,0%	138	10,5%	760	58,0%	413	31,5%	1.311
Total	14	0,1%	3.236	24,2%	8.111	60,5%	2.036	15,2%	13.397

Fuente: Unidad de Riesgos

Desde el 2017, el INVIMA diseñó el Modelo de riesgos IVC SOA Puertos, que perfila los productos según su nivel de riesgo, considerando su severidad y los historiales de rechazo de sus fabricantes, importadores y país de origen. Con base en ese nivel de riesgos, denominado IRP (índice de riesgos en puertos), se define el tipo de inspección que se debe aplicar -exhaustiva o documental- a la llegada de los productos en puertos, aeropuertos y pasos de frontera.

Cuando el nivel de riesgo es alto o muy alto se realiza inspección exhaustiva (física) y cuando el riesgo sea bajo o moderado se realiza verificación documental y se escoge aleatoriamente una de cada cuatro solicitudes de importación/ exportación cuando el riesgo moderado, o una de cada diez cuando son de bajo riesgo.

El Modelo también incluye un carril preferencial para los Operadores Económicos Autorizados-OEA, a quienes solo se les aplicará una verificación documental en la mayoría de casos. Con el modelo de riesgos IVC SOA Puertos se espera reducir el 34% de inspecciones físicas, generando así mayor agilidad y economía en los trámites portuarios. Los importadores y exportadores dejarán de pagar almacenamiento y movimiento de carga innecesario y sus productos estarán disponibles más rápidamente en la industria o el comercio.

Este proyecto ha recibido apoyo técnico de la Alianza Global para la Facilitación del Comercio y está articulado con el programa de reducción de trámites del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Visitas de inspección, vigilancia y control, 2014-2018

Según clasificación del modelo IVC-SOA se priorizan las visitas de IVC en los establecimientos de mayor riesgo, verificando estándares de calidad e inocuidad, monitoreo de efectos en salud y acciones de intervención en las cadenas productivas, orientadas a eliminar o minimizar riesgos, daños e impactos negativos para la salud humana por el uso o consumo de bienes y servicios; adicionalmente, se programan visitas en atención a denuncias y otras solicitudes.

En el período 2014–2018, con corte a abril de 2018, se han realizado 86.742 visitas de IVC, distribuidas de la siguiente manera:

Cuadro 109. Visitas de IVC (2014-Abr. 2018)

Disciplina	2014	2015	2016	2017	2018 (a Abr.)	Total
Bancos de sangre	148	149	243	326	58	924
Cosméticos	533	512	579	614	211	2.449
Dispositivos médicos	909	973	966	864	280	3.992
Medicamentos	697	880	1.026	1.161	347	4.111
Alimentos	11.547	11.740	11.931	12.318	3.968	51.504
Plantas de beneficio	1.757	1.856	1.322	987	411	6.333
Bancos de tejido y medula ósea y bancos de semen, óvulos y embriones	29	33	36	54	10	162
Seguimiento a certificaciones	290	303	273	246	95	1.207
Visitas IVC cosméticos misional	-	58	53	42	13	166
Total	15.910	16.486	16.429	16.612	5.393	70.830

Fuente: Datos POA Invima - *La cifra incluye visitas de seguimiento a las certificaciones y a bancos de medula ósea.

Dentro del periodo junio 2017 a abril de 2018, se han realizado 15.217 visitas de IVC a establecimientos de productos competencia del INVIMA, de las cuales el 72% corresponde a alimentos.

Medidas sanitarias de seguridad aplicadas 2014–2018

Las medidas sanitarias de seguridad tienen por objeto prevenir o impedir que la ocurrencia de un hecho o la existencia de una situación particular atenten o puedan significar peligro para la salud individual o colectiva. Son de ejecución inmediata, tienen carácter preventivo y transitorio, se aplican sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar; no son susceptibles de recurso alguno y se levantarán cuando se compruebe que han desaparecido las causas que las originaron, para lo cual no se requiere de formalidad especial.

Dentro del cuatrienio, como resultado de las actividades de IVC, se han aplicado un total de 9.281 medidas sanitarias, principalmente congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos.

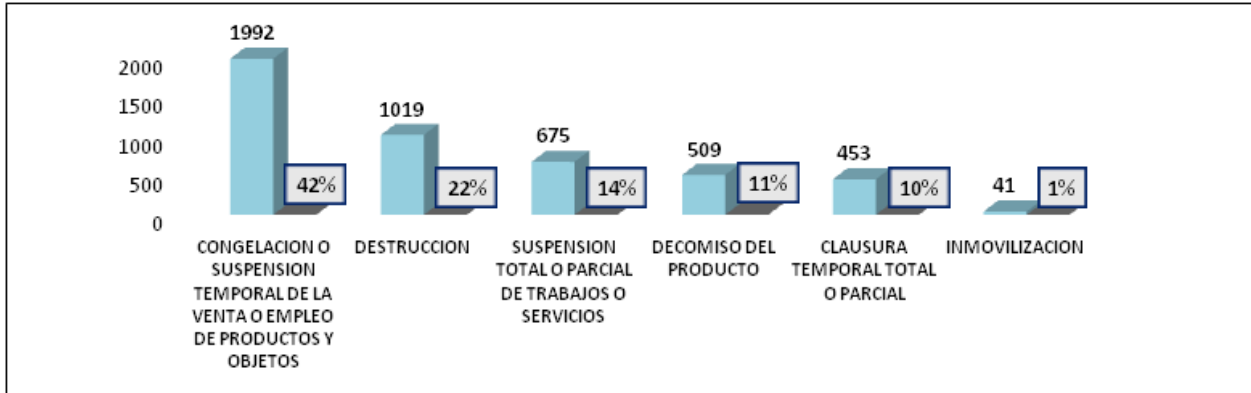
Cuadro 110. Medidas sanitarias de seguridad (2014-Abr. 2018)

Año	2014	2015	2016	2017	2018 (Abr.)	Total
Clausura temporal parcial o total de establecimientos	275	331	473	373	41	1.493
Suspensión parcial o total de trabajos o servicios	507	500	425	501	74	2.007
Decomiso de objetos o productos	410	586	386	426	35	1.843
Congelamiento o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos	160	244	470	1.405	149	2.428
Dstrucción o desnaturalización de artículos o productos	25	26	463	819	86	1.419
Inmovilización	16	14	26	27	8	91
Total	1.393	1.701	2.243	3.551	393	9.281

Fuente: POA Dirección de Operaciones Sanitarias. Desde 2017 incluye MSS de tráfico postal y mensajería expresa

Dentro del periodo junio 2017 a abril de 2018, se han aplicado 4.689 medidas a productos y establecimientos de competencia del Instituto como se puede observar a continuación:

Ilustración 50. Medidas Sanitarias de Seguridad (Jun. 2017–Abr. 2018)



Fuente: Datos Dirección de Operaciones Sanitarias

Inspección, vigilancia y control de tráfico postal y mensajería expresa

En el 2017 se realizaron 3.775 actividades de inspección en tráfico postal y mensajería expresa en los Aeropuertos del Dorado, Cali y Barranquilla, en productos competencia del INVIMA. En 2018, se han inspeccionado 695 guías.

Cuadro 111. Inspección en tráfico postal y mensajería expresa, 2017-2018

Año	Cantidad
2017	3.775
2018	695

Fuente: Dirección de Operaciones Sanitarias

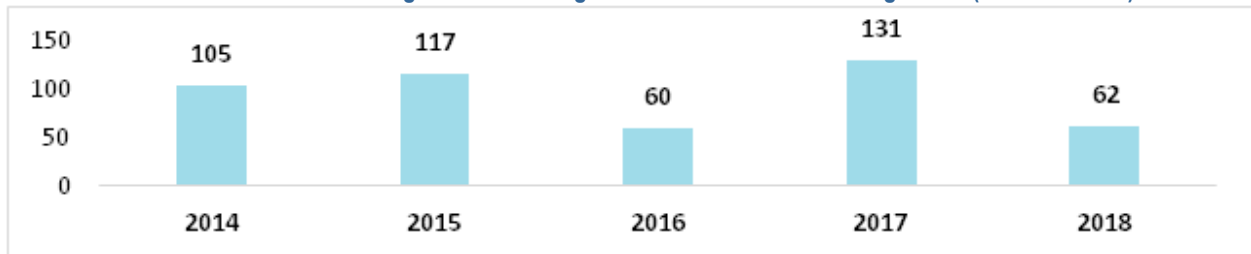
Programas Especiales

Las acciones de IVC aborda un grupo de programas especiales que están enfocados en la obtención de información sobre el comportamiento de eventos adversos o enfermedades de transmisión en alimentos, medicamentos o dispositivos médicos asociados a la calidad, seguridad, eficacia e inocuidad, entre otros, para establecer prioridades, monitorear los procesos y evaluar resultados, dentro de los que se encuentran los siguientes:

Programa Nacional de Farmacovigilancia

En el cuatrienio se han realizado visitas de seguimiento al Programa de Nacional de Farmacovigilancia en Laboratorios de Medicamentos, IPS y EAPB, así:

Ilustración 51. Visitas de seguimiento al Programa Nacional de Farmacovigilancia (2014-Abr.2018)



Fuente: Datos POA Invima

De junio 2017 a abril 2018, se han realizado 189 visitas de seguimiento al Programa Nacional de Farmacovigilancia en laboratorios de medicamentos, IPS y EAPB y los siguientes avances.

- **Fortalecimiento de la Red Nacional de Farmacovigilancia:** 6 videoconferencias y 6 reuniones presenciales con los nodos Centro-Sur, Caribe, Llanos, Eje Cafetero, Centro-Oriente y Pacífico, reuniones presenciales con las secretarías departamentales de salud de Meta, Buenaventura, Cundinamarca y Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

El Grupo de Farmacovigilancia del Instituto participó como capacitador en encuentros de farmacovigilancia dirigidos a prestadores de salud, organizados por las entidades territoriales de salud de Tolima, Guainía, Guaviare, Chocó, Cundinamarca, Nariño, Zipaquirá, Cauca, Bogotá, Meta y Santa Marta. En 2017 se realizaron 102 visitas de seguimiento a programas institucionales de farmacovigilancia, con el acompañamiento de 19 entidades territoriales de salud.

Finalmente el INVIMA actuó como organizador en el Encuentro Internacional y Nacional de Farmacovigilancia realizado en agosto de 2017. En el marco del evento nacional se nombraron dos (2) nuevos nodos territoriales de farmacovigilancia.

- **Reporte de eventos adversos en línea:** Se adelantó la adecuación y actualización de la herramienta de reporte en línea de los eventos adversos de medicamentos FOREAM, la cual está disponible con total funcionalidad y permitió 95.658 notificaciones de reportes adversos en 2017.
- **Articulación interinstitucional:** 4 sesiones del Convenio Interadministrativo 646 de 2013 INVIMA-INS, para trazabilidad de ESAVI⁸⁶, 5 reuniones de la Mesa de Articulación Interinstitucional (MAI) entre el MSPS, INS e INVIMA, para tratar temas relacionados con la programación 2017; análisis del protocolo de vigilancia en salud pública ESAVI 2017 y tratar temas relacionados con la iniciativa del Ministerio de generar una circular que describa las responsabilidades de los actores del SGSSS en el PAI.

Se participó en los comités nacionales de contención y de certificación de la erradicación de polio dentro de las cuales se verificó el informe final del plan de contención de polio virus enviado por la OPS. Participación en 2 sesiones nacionales del PAI socializando el procedimiento de cadena de frío. Participación en 2 jornadas de actualización frente al manejo de eventos inmunoprevenibles con presentación de las funciones del INVIMA en el manejo de ESAVI graves. Se realizaron 2 mesas de trabajo con titulares de registro sanitario de vacunas, la primera de ellas para análisis del estado actual del perfil de seguridad de vacuna Gardasil® (contra el VPH) de MSD, en donde se socializaron estudios recientes de la vacuna y su impacto en el perfil de seguridad de la misma; la segunda fue una reunión con SANOFI PASTEUR para el análisis de nueva información obtenida de estudios y vigilancia post-autorización que impacta la seguridad de la vacuna contra el dengue, actualmente en proceso de obtención de registro sanitario.

Programa DeMuestra la Calidad

El Programa DeMuestra la Calidad, fue creado en 2014 para fortalecer la vigilancia sanitaria de productos a nivel nacional. Es una práctica importante para obtener información real sobre los productos que se comercializan en el territorio nacional.

Este programa complementa las actividades de inspección, vigilancia y control para asegurar la calidad de los productos que son usados por la población colombiana y tiene los siguientes objetivos:

- Verificar la calidad de los productos que se comercializan en el país,
- Confirmar el uso seguro de ingredientes,
- Revisar el cumplimiento del rotulado,

⁸⁶ Vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización.

- Inspeccionar cumplimiento de las bondades o proclamas que se comunican al consumidor,
- Analizar aspectos de estabilidad incluyendo la identificación de posibles problemas del producto asociados al mantenimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).

Medicamentos y otras tecnologías

Los resultados del programa, en materia de medicamentos y tecnologías, se detallan según el siguiente cuadro:

Cuadro 112. DeMuestra la calidad. Medicamentos y otras tecnologías. 2014-Abr. 2018

Año	Resultados de impacto
2014	Principios activos analizados: 12 Muestras analizadas - Medicamentos: 51 Resultados no conformes en Fase I - Medicamentos: 9,8% Resultados no conformes en Fase II - Medicamentos: 2% Solicitudes de retiro de producto del mercado: 1 Llamados a revisión de oficio: 1 Solicitud de inicio de proceso sancionatorio: 1 Más información sobre el programa en: https://www.invima.gov.co/images/pdf/farmacovigilancia_alertas/INFORME-PROGRAMA-DEMUESTRA-LA-CALIDAD-2004-2014-PUBLICACION-COPIA-SEGURIDAD.pdf
2015	Principios activos analizados: 19 Muestras analizadas - Medicamentos: 321 Resultados no conformes en Fase I - Medicamentos: 31,8% Resultados no conformes en Fase II - Medicamentos: 10,6% Muestras analizadas - Suplementos dietarios: 94 Resultados no conformes Suplementos dietarios: 16% Solicitudes de retiro de producto del mercado: 17 Llamados a revisión de oficio: 9 Alertas sanitarias publicadas: 18 En este año se inició el análisis de suplementos dietarios dentro del programa con el fin de identificar presencia de sustancias no declaradas. También se inició el proceso de publicación de alertas sanitarias de los lotes de los productos con resultado no conforme. Más información sobre el programa en: https://www.invima.gov.co/images/pdf/farmacovigilancia_alertas/INFORME-PROGRAMA-DE-MUESTRA-LA-CALIDAD-2015-FINAL.pdf
2016	Principios activos analizados: 22 Muestras analizadas - Medicamentos: 361 Resultados no conformes en Fase I – programa prospectivo Medicamentos: 12,6% Resultados no conformes en Fase II - programa prospectivo Medicamentos: 10,0% Resultados no conformes en programa reactivo - Medicamentos: 13,7% Muestras analizadas - Suplementos dietarios: 228 Resultados no conformes Suplementos dietarios: 4,1% Solicitudes de retiro de producto del mercado: 12 Llamados a revisión de oficio: 6 Alertas sanitarias publicadas: 8 Solicitud de inicio de proceso sancionatorio: 14 Decomiso de producto: 1 Destrucción de producto: 2 En este año se incluyó dentro del programa el análisis de muestras de vigilancia reactiva, con el fin de consolidar datos de análisis de control de calidad en respuesta a denuncias, quejas, reclamos, sugerencias y alertas. Más información sobre el programa en: https://www.invima.gov.co/images/pdf/farmacovigilancia_alertas/INFORME-PROGRAMA-DEMUESTRA-LA-CALIDAD-2016.pdf
2017	Principios activos analizados: 42 Muestras analizadas - Medicamentos: 700 Resultados no conformes en Fase I - programa prospectivo Medicamentos: 3,8%* Resultados no conformes en Fase II - programa prospectivo Medicamentos: 0,4%* Resultados no conformes en programa reactivo - Medicamentos: 33,2% Muestras analizadas - Suplementos dietarios: 125

Año	Resultados de impacto
	Resultados no conformes Suplementos dietarios: 0,8%* Solicitudes de retiro de producto del mercado: 2* Llamados a revisión de oficio: 0* Alertas sanitarias publicadas: 14* Solicitud de inicio de proceso sancionatorio: 1* (*Nota: Resultados a corte 02/05/2018. El programa se encuentra en ejecución).
2018	Principios activos proyectados: 48 Muestras proyectadas - Medicamentos: 510* Muestras proyectadas - Suplementos dietarios: 125 El programa se encuentra en ejecución, por lo que podrían modificarse los datos de acuerdo a los proceso de contratación de laboratorios tercerizados (este proceso depende de la capacidad de análisis del laboratorio puesto que en ocasiones los laboratorios no realizan las pruebas que el INVIMA necesita o no se presentan a esas pruebas). * Nota: Sólo incluye las muestras analizadas en el programa prospectivo Medicamentos ya que son las únicas muestras planeables; en el programa reactivo se atienden PQRS y alertas sanitarias que no pueden ser planeadas.

Fuente: INVIMA. Dirección de Medicamentos y Otras Tecnologías

Dispositivos Médicos

Los dispositivos médicos seleccionados y que son sujetos de verificación de calidad por parte del INVIMA se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 113. Demuestra la Calidad. Dispositivos (2014–Abr. 2018)

Año	Dispositivo médico	Desarrollo de la actividad
2014	13 Jeringas (3.670 Unid. aprox.), 10 preservativos (7.270 Unid. aprox.) y 14 guantes de látex (4.858 Unid. aprox.)	<ul style="list-style-type: none"> - Se seleccionan 37 muestras que se tomaron en: Bogotá (30), Valle (2), Atlántico (3), Antioquia (2). - 6 de ellas (16,2%) presentaron resultados no conformes. Éstos se presentaron en muestras de jeringas (1 no conforme) y guantes de látex quirúrgicos (5 no conformes). - Como resultado de estos ensayos, se aplicaron 4 medidas sanitarias de seguridad de decomiso, 3 a muestras de guantes y 1 a jeringas. De esta forma se evitó que llegaran a la población colombiana 569.800 Unid. de dispositivos médicos con problemas de calidad (387.400 de guantes de látex quirúrgicos y 182.400 jeringas de 5 ml). - De los tres tipos de dispositivos médicos evaluados, los guantes de látex quirúrgicos fueron los dispositivos médicos que evidenciaron más defectos de calidad, específicamente en lo relacionado con el parámetro de ausencia de orificios y microbiológico. Los preservativos no presentaron ningún defecto de calidad. - El Laboratorio Fisicomecánico de Dispositivos Médicos recibe la primera acreditación para métodos de ensayos de jeringas. Durante el periodo 2013-2014 se realizan los primeros estudios para estandarizar técnicas para catéteres y equipos de macrogoteo. Adicionalmente en el laboratorio se estandarizaron nuevos ensayos de condones y se actualizaron los equipos y metodologías de ensayo de acuerdo a la normatividad internacional de condones que fue actualizada en 2014.
2015	20 jeringas (2.966 Unid. aprox.), 15 Preservativos (10.853 Unid. aprox.), 15 guantes de látex (5.460 Unid. aprox.), 5 catéter periférico (195 Unid. aprox.) y 3 equipos macrogoteo (117 Unid. aprox.)	<ul style="list-style-type: none"> - Las 58 muestras seleccionadas fueron tomadas en: Bogotá (49), Valle (7) y Antioquia (2). - 17 de ellas (29,3%) presentaron resultados no conformes. Éstos se presentaron en muestras de preservativos (9), jeringas (3), catéteres (3) y guantes de látex quirúrgicos (2). - Como resultado de estos ensayos, se aplicaron 8 medidas sanitarias de seguridad de decomiso, 2 a muestras de guantes, 1 a jeringas y 5 a preservativos. De esta forma, se evitó que llegaran a la población 532.652 Unid. de dispositivos médicos con problemas de calidad (36.242 látex quirúrgicos, 222.100 jeringas de 5 ml y 274.310 preservativos). - De los cinco tipos de dispositivos médicos evaluados, los preservativos fueron los dispositivos médicos que evidenciaron más defectos de calidad, específicamente en lo relacionado con el parámetro de cantidad de lubricante y microbiológico. - Se recibió por parte de la OPS reconocimiento al Laboratorio Físico-Mecánico de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías por haber obtenido la acreditación bajo la Norma ISO/IEC 17025:2005 otorgada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia—ONAC para la realización de ensayos físico-mecánicos de jeringas. Se realizó la ampliación de la acreditación de 13 métodos de ensayos del Laboratorio Fisicomecánico de Dispositivos Médicos, contando para ese año con un total de 20 métodos acreditados.

Año	Dispositivo médico	Desarrollo de la actividad
2016	11 jeringas (2.514 Unid. aprox.), 14 preservativos (10.335 Unid. aprox.), 10 catéter periférico (1.050 Unid. aprox.), 10 equipo macrogoteo (1.180 Unid. aprox.) y 8 suturas (440 Unid. aprox.)	<ul style="list-style-type: none"> - La priorización de muestreo de los registros sanitarios se realizó teniendo en cuenta las siguientes variables: registros sanitarios vigentes, reportes de eventos e incidentes adversos relacionados con defectos de calidad del dispositivo médico, resultados de análisis no conformes de años anteriores, registros sanitarios nuevos, modificación del registro sanitario por cambio de fabricante y revisión de oficio. - Las 53 muestras seleccionadas fueron tomadas en: Bogotá (33), Valle (8), Atlántico (6), Antioquia (3) y Santander (3). - De las analizadas, 11 de ellas (20,7%) presentaron resultados no conformes. Éstos se presentaron en muestras de jeringas (7), preservativos (2) y equipos de infusión (2). Los equipos de macrogoteo y las suturas no presentaron resultados no conformes. - De los 5 tipos de dispositivos médicos evaluados, las jeringas fueron los dispositivos médicos que evidenciaron más defectos de calidad, específicamente en lo relacionado con los parámetros de dimensiones de acople, inspección visual y unión entre cono y aguja. - De las 11 muestras con resultados no conformes, 3 fueron clasificadas como riesgo extremo y 1 como riesgo alto, lo que conllevó a la aplicación de 4 medidas sanitarias de decomiso y al retiro de los productos del mercado. De esta forma, se evitó que llegaran a la población 75.536 Unid. de dispositivos médicos con problemas de calidad (7.700 jeringas de 5 ml, 300 jeringas de 3 ml y 67.536 de preservativos de látex). - Las 7 no conformidades restantes fueron clasificadas como riesgo moderado o bajo, razón por la cual se remitieron comunicaciones a los fabricantes o importadores solicitando subsanar las fallas de calidad correspondientes.
2017	10 preservativos (7.358 Unid. aprox.), 8 guantes de látex (2.902 Unid. aprox.), 6 equipos macrogoteo (702 Unid. aprox.) y 15 suturas (825 Unid. aprox.)	<ul style="list-style-type: none"> -Este plan de muestreo incluyó 33 registros sanitarios, que corresponden a las 39 muestras y 11.787 Unid. a evaluar. Las muestras seleccionadas fueron tomadas en Bogotá (26), Valle (7), Antioquia (4), Atlántico (1) y Santander (1). - De las analizadas, 7 de ellas (18%) presentaron resultados no conformes. Étos se presentaron en guantes (2), preservativos (3), suturas (1) y equipos de macrogoteo (1). - De los cuatro tipos de dispositivos médicos evaluados, los condones fueron los dispositivos médicos que evidenciaron más defectos de calidad, específicamente en lo relacionado con el parámetro microbiológico. En segundo lugar se ubicaron los guantes, observándose defectos de calidad en el parámetro de ausencia de orificios. - De las muestras con resultados no conformes, 6 fueron clasificadas como riesgo extremo, lo que conllevó al decomiso y solicitud de retiro del producto del mercado. De esta forma, se evitó que llegaran a la población colombiana 373.024 Unid. de dispositivos médicos con problemas de calidad (127.711 guantes quirúrgicos estériles, 245.193 preservativos de látex y 120 suturas). - La no conformidad restante fue clasificada como de riesgo bajo, razón por la cual se remitió comunicación al fabricante o importador solicitando subsanar las fallas de calidad correspondientes. - Renovación de la acreditación de los 21 métodos de ensayo realizados por el Laboratorio Fisicomecánico de Dispositivos Médicos. - El Laboratorio Fisicomecánico de Dispositivos Médicos se traslada de sede, ampliando sus instalaciones de 33 a 88 m²
2018	16 guantes de látex (3.962 Unid. aprox.), 10 catéter periférico (1.310 Unid. aprox.), 20 suturas (550 Unid. aprox.)	<ul style="list-style-type: none"> -El plan de muestreo (hasta Abr. 2018) incluyó 27 registros sanitarios, que corresponden a 28 muestras y 5.822 Unid. tomadas en Bogotá (25), Antioquia (2) y Atlántico (1). - De las muestras, 10 de ellas ya han fueron analizadas (1.310 Unid. de catéteres), las cuales presentaron resultados conformes para los ensayos fisicomecánicos y microbiológicos en el 100% de las muestras. -Aumento de la capacidad instalada del Laboratorio Fisicomecánico de Dispositivos Médicos, con el objetivo de aumentar en un 59% el análisis de muestras, pasando de procesar de 55 a 94 muestras al año.

Fuente: Datos POA Invima

Los dispositivos médicos muestreados de junio 2017 a abril 2018 fueron:

Cuadro 114. Demuestra la Calidad (Jun. 2017–Abr. 2018)

Dispositivo médico	Jun–Dic 2017		Ene–Abr 2018	
	Muestras	Unidades (Aprox.)	Muestras	Unidades (Aprox.).
Catéteres	0	0	10	1.310
Suturas	15	825	10	550
Guantes de Látex	0	0	8	3.962

Dispositivo médico	Jun-Dic 2017		Ene-Abr 2018	
	Muestras	Unidades (Aprox.)	Muestras	Unidades (Aprox.)
Equipos de macrogoteo	6	702	0	0
Total	21	1.527	28	5.822

Fuente: INVIMA. Dirección de Dispositivos Médicos

De las 21 muestras analizadas durante junio 2017-abril 2018, 2 presentaron resultados no conformes: suturas (1) y equipos de macrogoteo (1). Teniendo en cuenta la matriz de riesgo de ensayos de laboratorio, la muestra de suturas fue clasificada como riesgo extremo, lo que conllevó al decomiso y solicitud de retiro del producto del mercado de 120 unidades. La muestra no conforme de equipos de macrogoteo fue clasificada como de riesgo bajo, lo cual conllevó a solicitar al fabricante subsanar las fallas de calidad correspondientes.

Cosméticos

Los resultados del programa DeMuestra La Calidad para Cosméticos, se presentan a continuación. Hay que tener en cuenta que los resultados del programa se consolidan cada 2 años en un trabajo conjunto con la Oficina de Laboratorios y Control de Calidad y la Dirección de Cosméticos del Instituto, debido que inicialmente no se tenían técnicas analíticas para evaluar la calidad de los productos.

Cuadro 115. DeMuestra la Calidad. Cosméticos 2014-2017

Resultados DeMuestra la Calidad	2014-2015	2016-2017
Muestras analizadas (product. cosméticos Nales. e Imp.)	183	191
Visitas a establecimientos fabricantes	15	14
Notificaciones sanitarias con resultado no conforme	9	2
Suspensiones de la notificación sanitaria obligatoria	2	1
Citaciones para ajuste de información técnica	22	27
Emisión de Alerta sanitaria		1
Notificaciones sanitarias	146	165
Productos con resultados no conformes	Geles antibacteriales, alisadores de cabello, productos de higiene íntima, protectores solares, cremas dentales, repelentes de insectos, champú anticaspa	Cremas para manos y cuerpo, cosméticos capilares champú.

Fuente: INVIMA. Dirección de Cosméticos.

Los repelentes con el ingrediente Ethyl Butylacetylaminopropionato, enjuagues bucales, cosméticos para niños, detergentes en polvo, pañitos húmedos y labiales, no presentaron ningún resultado no conforme.

Adicionalmente, el programa DeMuestra La Calidad, permitió verificar el cumplimiento de los requisitos de etiquetado, cumplimiento de las bondades y proclamas notificadas y utilizadas durante la comercialización del producto cosmético.

Programa Nacional de Tecnovigilancia

A continuación se muestra la información de acciones realizadas en el Programa de Tecnovigilancia, del 2014 al 2018:

Cuadro 116. Frecuencia de reportes de eventos e incidentes adversos, 2014-Abr.2018

Acciones Programa Tecnovigilancia	2014	2015	2016	2017	2018 (a Abr.)	Total
Analizar la causalidad y gestionar los reportes de eventos e incidentes adversos asociados al uso de los dispositivos médicos notificados al programa nacional de Tecnovigilancia	5.842	6.478	7.153	7.877	2.655	30.005
Inscritos a la Red Nacional de Tecnovigilancia	6.146	7.416	5.820	5.996	2.667	28.045
Alertas gestionadas Tecnovigilancia	33	31	28	20	4	116
Informes de seguridad gestionados Tecnovigilancia	197	207	200	155	71	830
Recalls gestionadas Tecnovigilancia	54	76	89	108	21	348

Acciones Programa Tecnovigilancia	2014	2015	2016	2017	2018 (a Abr.)	Total
Total actividades Tecnovigilancia	12.272	14.208	13.290	14.156	5.418	59.344

Fuente: POA Invima

En el corte junio 2017 a abril 2018, se muestra la información de incidentes adversos de la siguiente manera:

Cuadro 117. Frecuencia de reportes de eventos e incidentes adversos (Jun.2017–Abr.2018)

Acciones Programa Tecnovigilancia	2017	2018 (a Abr.)	Total
Analizar la causalidad y gestionar los reportes de eventos e incidentes adversos asociados al uso de los dispositivos médicos notificados al programa nacional de Tecnovigilancia	4.544	2.655	7.199
Inscritos a la Red Nacional de Tecnovigilancia	3.447	2.667	6.114
Alertas gestionadas Tecnovigilancia	9	4	13
Informes de seguridad gestionados Tecnovigilancia	80	71	151
Recalls gestionadas Tecnovigilancia	63	21	84
Total actividades Tecnovigilancia	8.143	5.418	13.561

Fuente: POA Invima

Programa nacional de Reactivovigilancia

A continuación, se relacionan la cantidad de acciones realizadas en el programa de Reactivovigilancia, del 2014 al 2018:

Cuadro 118. Acciones Programa Reactivovigilancia, 2014-Abr.2018

Acciones Programa Reactivovigilancia	2014	2015	2016	2017	2018 (a Abr.)	Total
Seguimiento al análisis la causalidad y gestionar los reportes de eventos e incidentes adversos	58	140	171	254	102	725
Inscritos a la Red Nacional de Reactivovigilancia	937	918	1.107	1.090	389	4.441
Alertas gestionadas de Reactivovigilancia	1	2	12	7	2	24
Informes de seguridad gestionados de Reactivovigilancia	34	35	60	49	9	187
Recall gestionadas de Reactivovigilancia	38	47	66	45	14	210
Total	1.068	1.142	1.416	1.445	516	5.587

Fuente: POA Invima

En el corte junio 2017 a abril 2018, se realizaron las siguientes actividades del Programa de Reactivovigilancia:

Cuadro 119. Reportes de efectos indeseados (Jun.2017–Abr.2018)

Acciones Programa Reactivovigilancia	2017	2018 (a Abr.)	Total
Seguimiento al Análisis la causalidad y gestionar los reportes de eventos e incidentes adversos	136	57	193
Inscritos a la Red Nacional de Reactivovigilancia	653	138	791
Alertas Gestionadas de Reactivovigilancia	2	2	4
Informes de Seguridad Gestionados de Reactivovigilancia	19	5	24
Recall Gestionadas de Reactivovigilancia	28	4	32
Total actividades Reactivovigilancia	838	206	1.044

Fuente: POA Invima

Implementación del Decreto 1500 de 2007 y sus resoluciones reglamentarias

El Decreto 1500 de 2007 establece el reglamento técnico a través del cual se crea el Sistema Oficial de Inspección, Vigilancia y Control de la Carne, Productos Cárnicos Comestibles y Derivados Cárnicos, destinados para el consumo humano y los requisitos sanitarios y de inocuidad que se deben cumplir en su producción y empezó a regir a partir de agosto de 2016; sin embargo, desde 2014 el INVIMA ha adelantado acciones encaminadas a la gestión de dicho decreto.

En 2016, el INVIMA realizó el cierre de plantas de beneficio animal legales que no cumplían con los requisitos del decreto en mención; esto redujo el número de plantas de beneficio animal, desposte y desprese de 1.627 en 2008 a

524 al cierre de 2017. Lo anterior implica que en la actualidad solo funcionan el 32% de las plantas que existían hace 10 años, pero en mejores condiciones de procesamiento.

Estrategia del INVIMA en la lucha contra la ilegalidad, contrabando y corrupción de productos de uso y consumo humano.

En los últimos años, el INVIMA fortaleció las acciones de inspección, vigilancia y control, dirigiendo sus esfuerzos a garantizar no solo la inocuidad de los productos de uso y consumo de los colombianos sino también a los aspectos asociados a la legalidad de los mismos, desarrollando así la estrategia de la lucha contra la ilegalidad, contrabando y corrupción de productos de uso y consumo humano, mediante la recepción y gestión de las quejas, denuncias y otros con el fin de realizar los análisis de información respectivos y determinar las acciones correspondientes realizadas por el Grupo de Reacción Inmediata (GURI), a través de visitas y/u operativos conjuntos con las autoridades judiciales, entre ellas la SIJIN, la Dirección de Policía Fiscal y Aduanera (POLFA) y el CTI, los cuales han permitido mitigar el riesgo que representan estos flagelos en la salud pública de la población.

Dentro de las actividades desarrolladas por el GURI, entre 2017 y 2018 se realizaron acompañamientos a otras entidades y operativos con las autoridades judiciales, con los siguientes resultados:

Cuadro 120. Acciones de lucha contra la ilegalidad, contrabando y corrupción, 2017-2018

Acciones de lucha contra la ilegalidad, contrabando y corrupción	2017		2018	
	Acompañamientos	Operativos	Acompañamientos	Operativos
Actividades	18	23	4	8
Incautaciones unidades de productos	252.888		284	
Incautaciones toneladas de productos	90			
Incautaciones toneladas en plantas de beneficio	1		1.698	
Capturas de personas	51	5	3	4
Decomisos unidades de productos		1.944.308		26.064
Decomiso toneladas en plantas de beneficio		44,24		

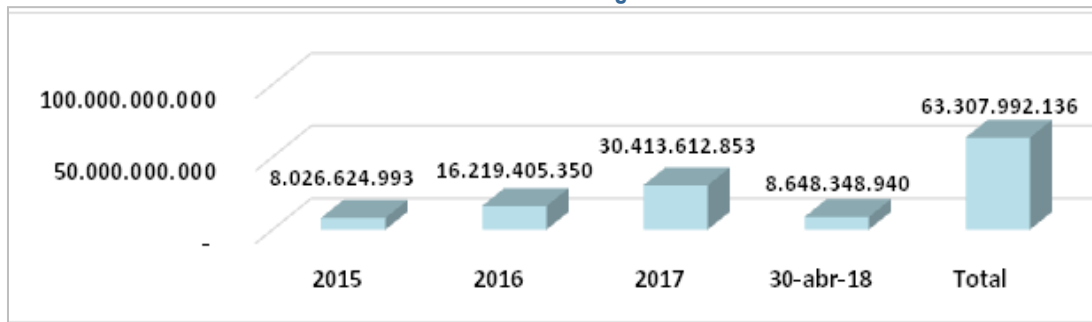
Fuente: Unidad de Reacción Inmediata

Una vez realizado el monitoreo de la página web, se evidenciaron infracciones en la publicidad de varios productos, dejando 3.054 publicaciones retiradas de plataformas como mercado libre, 100 en otros sitios web, 8 perfiles bloqueados en Instagram y 65 en otras redes sociales.

Fortalecimiento del Control Sanitario

Con el propósito de investigar, verificar y sancionar las infracciones sanitarias generadas por el no cumplimiento de los requisitos sanitarios establecidos en la normatividad vigente, el INVIMA ha fortalecido la gestión de sus procesos sancionatorios. Esta gestión comprende la emisión de actos administrativos dentro de las etapas que corresponden al proceso sancionatorio. Para el periodo de 2015-2018 (a Abr.), se generaron las siguientes multas:

Ilustración 52. Procesos sancionatorios gestionados 2015–Abr.2018



Fuente: POA Invima

En el periodo de junio 2017 a abril 2018, se generaron multas por \$25.484,3 millones, así:

Cuadro 121. Multas por procesos sancionatorios Jun.2017–Abr. 2018

Periodo	Multas (\$)
Junio a diciembre de 2017	16.835.931.468
Enero a abril de 2018	8.648.348.940
Total	25.484.280.408

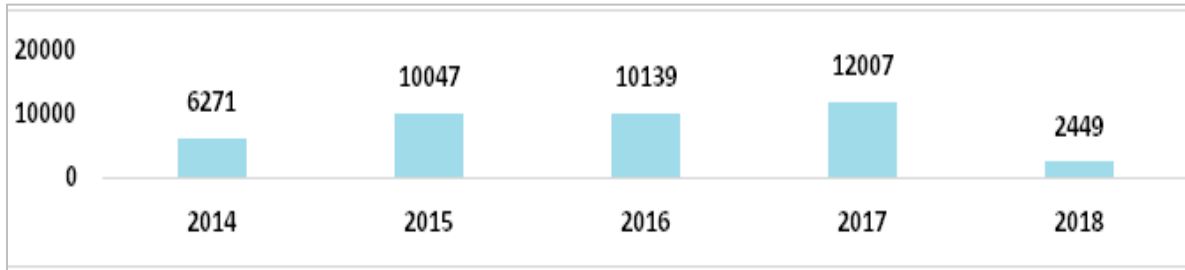
Fuente: INVIMA. Responsabilidad Sanitaria

Fortalecimiento de la capacidad técnica de los laboratorios

El fortalecimiento de los laboratorios se centra en la implementación o estandarización de metodologías y la validación o verificación de nuevas técnicas que permiten realizar el control de calidad de los productos competencia del INVIMA y así determinar la calidad o inocuidad del producto.

El Instituto ha analizado las muestras de productos competencia del INVIMA por requerimientos sanitarios del país.

Ilustración 53. Muestras analizadas 2014–Abr.2018



Fuente: Oficina de Laboratorios y Control de Calidad

En el periodo de junio 2017 a abril de 2018, se han atendido y gestionado 10.203 solicitudes de análisis de muestras de productos competencia del INVIMA.

7.2 Acciones de IVC del Instituto Nacional de Salud-INS

Adicionalmente a las acciones de vigilancia en salud pública previamente descritas en la tercera sección de este documento, a continuación se presentan las relacionadas con la seguridad y disponibilidad de sangre y componente sanguíneo, los trasplantes y laboratorios del INS.

Vigilancia a la salud y salud pública

- Entrega oficial de las estadísticas de eventos de interés en salud pública 2007-2016 al SISPRO.
- Divulgación de documentos técnicos para la toma de decisiones, con base en la evaluación de riesgos en inocuidad de alimentos de diferentes actividades del Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias.
- Reconocimiento del INS como entidad responsable de la evaluación del riesgo de toxicidad y clasificación toxicológica de los plaguicidas, que van a ser usados en el país.
- Desarrollo de documentos técnicos, como soporte para el desarrollo del Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias del país y la expedición de las medidas pertinentes.

Monitoreo de indicadores Red de Sangre

Se hizo seguimiento al comportamiento de los indicadores de la Red de Sangre, evidenciando una mejora respecto a los procesos con relación a la medición realizada el año inmediatamente anterior.

Cuadro 122. Indicadores Red de Sangre

Indicadores	2014	2015	2016	2017*cierre parcial
Incineración de glóbulos rojos	8.5%	3.5%	3.7%	3.3%
Tasa positividad VIH por cien mil donaciones	73.2	68	57.9	-
Donación voluntaria habitual	19.6%	21.5%	21.5%	22.2%

Fuente: INS

Trasplantes de componentes anatómicos

Cuadro 123. Indicadores de trasplantes

Indicadores	2014	2015	2016	2017
Tasa de donación	7,3%	8,4%	7,0%	8,8%
Tasa trasplante renal	16%	18%	15,7%	18,5%
Tasa trasplante hepático	4,7%	5,5%	4,9%	5,2%
Tasa trasplante cardiaco	1,53%	1,37%	1,21%	1,5%

Fuente: INS

Resultados junio de 2017 a abril de 2018

- El Centro Regulador de Trasplantes recibió 1.637 alertas y consultas al registro nacional de donantes.
- Se gestionaron un total de 1.024 donantes reales de órganos y tejidos.
- Del total de donantes reales, se gestionaron a través del CRT 101 Ofertas Nacionales.
- Se activaron y gestionaron 122 urgencias cero distribuidas así: corazón 49, hígado 25, córnea 48 y 7 estados compasivos de hígado.
- Se emitieron 47 Conceptos de Necesidad Terapéutica.

Inspección, vigilancia y control de laboratorios

- Se realizaron 235 asistencias técnicas que incluyen asesorías y supervisiones con el fin de fortalecer la capacidad de respuesta de los laboratorios de salud pública y su respectiva red de laboratorios y realizar supervisión de las actividades de su competencia.
- Adicionalmente, se ha realizado 24 visitas de seguimiento en estándares de calidad a los laboratorios de salud pública.

7.3 Acciones de IVC de la Superintendencia Nacional de Salud

La Inspección, Vigilancia y Control–IVC ejercida por Supersalud sobre el SGSS, se sustenta principalmente en un enfoque de riesgos, el cual permite -de manera permanente- el monitoreo al manejo integral del riesgo por parte de todos los actores del sistema de salud.

Para fortalecer dicho enfoque la Superintendencia Nacional de Salud se ha acompañado por el Banco Mundial, producto de lo cual se han implementado instrumentos de reporte de información que incorporan los contenidos NIIF (ver ilustración siguiente)

Ilustración 54. Instrumentos Supersalud

1. PROCESOS DE CONSULTA - ACOMPAÑAMIENTO BANCO MUNDIAL

RAS 1 – AÑO 2014 PERÍODO DE TRANSICIÓN NIIF PLENAS G1

- ✓ **Consulta 65 empresas** (incluido grupo económico)
- ✓ BM Moderador y análisis
- ✓ SNS Apoyo al proceso consultivo y comunicador de observaciones a las entidades convocadas



RAS 2 – AÑO 2015 PERÍODO DE TRANSICIÓN NIIF PYMES G2

- ✓ **Consulta 100 empresas** (incluido grupo económico)
- ✓ SNS Moderador, análisis y comunicación en todo el proceso con las entidades convocadas
- ✓ BM Complemento de análisis, observaciones y profundizaciones.



RAS 3 – AÑO 2016 PROCESO DE FORTELACIMIENTO CONCEPTUAL Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. FASE 2 PERÍODO DE TRANSICIÓN NIIF PYMES G2 Y RESOLUCIÓN 414 DE 2014

- ✓ **Consulta 450 empresas** (incluido grupo económico)
- ✓ SNS Moderador, análisis y comunicación en todo el proceso con las entidades convocadas
- ✓ Sin participación de BM, proceso a cargo de la SNS



2. HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS DE SUPERVISIÓN

- ✓ EXPEDICIÓN Y SOCIALIZACIÓN CIRCULAR EXTERNA 016 DE 2016, CONTIENE SEGUIMIENTO A CONDICIONES FINANCIERAS EPS EN EL MARCO DEL DECRETO 2702 DE 2014 COMPILADO EN EL DECRETO 780 DE 2016 Y SUS MODIFICATORIOS
- ✓ DESARROLLO Y HERRAMIENTAS DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A TRAVÉS DE MATRICES Y ESTÁNDARES DE SEGUIMIENTO
- ✓ GENERACIÓN TABLEROS DE REPORTE PARA PUBLICACIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN FINANCIERA DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS

Fuente. Delegada para la Supervisión de Riesgos. Supersalud

De igual manera, se han elaborado estudios y se han diseñado herramientas y metodologías que abarcan todos los frentes de desempeño de los vigilados. Entre estas, se destacan:

- Metodología Indicador Integral de la Garantía del Derecho a la Salud
- Metodología para el Análisis de Retiro de EPS
- Implementación y viabilizarían de los Planes de Gestión del Riesgo-PGIR para las ESE
- Desarrollo del modelo conceptual del Modelo de Supervisión Basado en Riesgo en Salud
- Desarrollo operativo del modelo del MSBR–Evaluación de riesgo
- Desarrollo operativo–seguimiento al riesgo
- Recomendaciones para la toma de decisiones

Adicionalmente, en términos de la inspección y vigilancia de la adecuada revelación de los hechos económicos del sector salud y, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 10 de la Ley 1314 de 2009, por medio de la cual se regula entre otros, los principios y normas de contabilidad e información financiera, así como la expedición de sus decretos reglamentarios, Supersalud implementó instrumentos de reporte de información que incorporarán los contenidos NIIF, de acuerdo con el respectivo marco normativo mediante la Circular Externa 016 de 2016, acompañados de procesos de socialización, guías e instructivos.

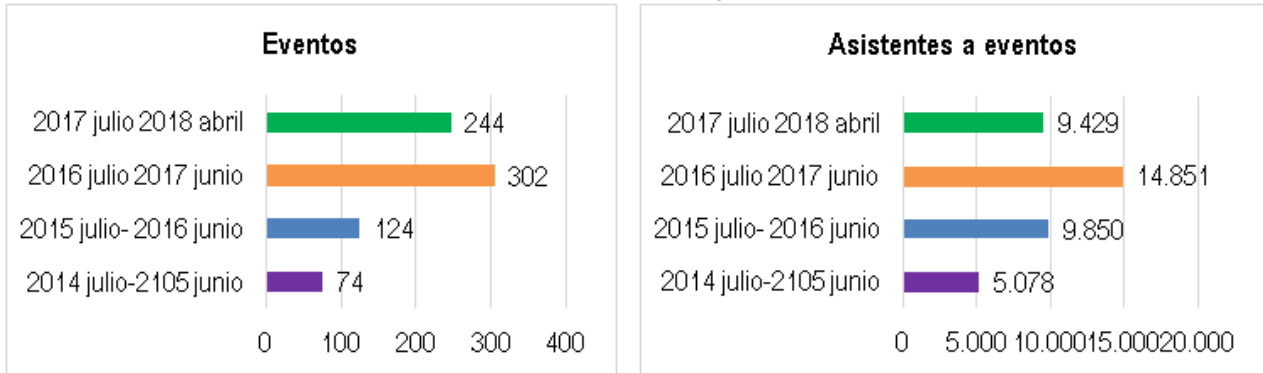
De otra parte y, en desarrollo de los Planes de Gestión Integral del Riesgo-PGIR, se han viabilizado 156 planes propuestos por Empresas Sociales del Estado (ESE) durante el cuatrienio 2014–2018, para los cuales la Nación y las entidades territoriales se han comprometido a desembolsar recursos por el orden de \$82.202 millones. En el marco de dichos planes, las entidades llevan a cabo diversas estrategias con el objetivo de optimizar el uso de los recursos, generar punto de equilibrio de la operación corriente y excedentes financiero por valor de \$487.769 millones.

Protección a los usuarios

En la búsqueda constante de construir ciudadanía, a través de escenarios de participación e interacción incluyente con la población colombiana, durante el cuatrienio la Supersalud ha desarrollado una estrategia de mejoramiento de la atención al ciudadano, desplegando actividades como:

- En materia de eventos o escenarios de participación con la ciudadanía en todo el territorio nacional, estos se han desarrollado como se muestra en la siguiente ilustración:

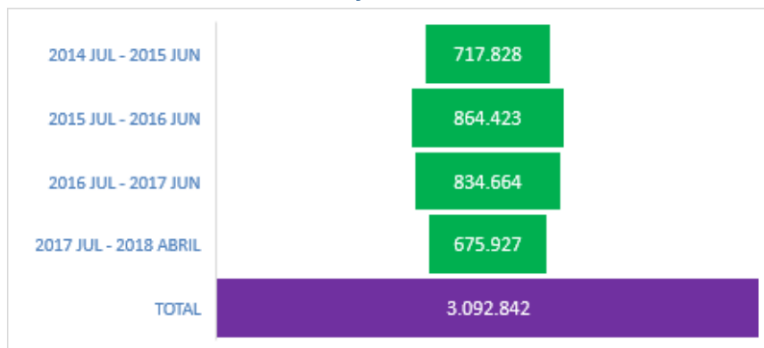
Ilustración 55. Eventos Supersalud



Fuente. Delegada Protección al Usuario-Supersalud

- En cuanto a la gestión de PQRD y solicitudes de información, en la siguiente ilustración se resumen los resultados.

Ilustración 56. PQRD y solicitudes de información



Fuente. Delegada Protección al Usuario-Supersalud

Es de resaltar, como una de las principales actividades de acercamiento y mejoramiento de la atención al ciudadano, la estrategia de la presencia institucional en el territorio nacional a través de los diferentes convenios interadministrativos celebrados con la Superintendencia de Industria y Comercio, la Unidad para la Reparación y Reparación Integral a las Víctimas, Gobernaciones, Alcaldías y la participación de la Supersalud en el Centro Integrado de Servicios–CIS, Chaparral (Tolima).

En el periodo 2014 (julio)–2018(abril), se ha incrementado el número de puntos de atención personalizada en todo el territorio nacional, como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 124. Puntos de atención personalizada Supersalud

Periodo	Puntos de atención	Comparativo incremento %
2014-2015	10	N.A.
2015-2016	52	420%
2016-2017	74	42%
2017-2018*	81	9,5%

Fuente. Delegada Protección al Usuario-Supersalud

*Nota: se anota que julio 2017 a abril 2018 no es un periodo comparable, pero se muestra como avance provisional

Se proyecta terminar el 2018 con 83 puntos de atención personalizada.

- En materia de visitas de inspección, a continuación se resumen las cifras:

Cuadro 125. Visitas realizadas de 2014 a 2018

Periodo	Visitas
2014 Jul. – 2015 Jun.	56
2015 Jul. – 2016 Jun.	168
2016 Jun. – 2017 Jun.	258
2017 Jul. – 2018 Abr.	110
Total	592

Fuente. Delegada Protección al Usuario-Supersalud

Medidas cautelares

Esta es una herramienta implementada por Supersalud para garantizarles a los usuarios del sistema de salud los servicios particulares que tengan de acuerdo con cada patología. El incumplimiento de estas órdenes puede representar sanciones a las entidades y sus representantes legales.

Cuadro 126. Medidas cautelares

Periodo	Medidas cautelares	Resolución medidas cautelares
2014 Jul. - 2015 Jun.	-	-
2015 Jul. - 2016 Jun.	60	442
2016 Jul. - 2017 Jun.	75	115
2017 Jul. - 2018 Abr.	27	12.695
Total	162	13.252

Fuente. Delegada Protección al Usuario-Supersalud

Con la implementación de esta herramienta legal, la Superintendencia ha ordenado resolver casos a pacientes con diagnósticos de cáncer, VIH, enfermedades renales, enfermedades huérfanas, pacientes con trasplantes, entre otras patologías.

En materia de instrumentos de medición, en el siguiente cuadro se resumen los respectivos avances.

Cuadro 127. Instrumentos de medición

Periodo	Tipo
2014	ENCUESTA a los usuarios de las EAPB

Periodo	Tipo
2015	Instrumentos de medición (ENCUESTAS, ENTREVISTAS Y FOCUS GROUP) para desarrollo de línea base en relación con la percepción y confianza de la ciudadanía.
2016	ENCUESTA usuarios SIS
2017	CLIENTE OCULTO telefónico y personalizado en Bogotá

Fuente. Delegada Protección al Usuario-Supersalud

Metodología de Evaluación de Desempeño de las EPS de Atención al Usuario.

Desde el año 2016 Supersalud cuenta con esta herramienta de inspección a través de la cual se han logrado evaluar cuarenta y cinco (45) EPS con resultados de cincuenta y ocho (58) planes de mejoramiento y ocho (8) informes trasladados para Procesos Administrativos.

Piezas lúdicas

Desde 2015 y pensando en la población infantil, la Supersalud diseñó un juego interactivo de capacitación en temas de salud para niños de 8 a 12 años. Su aplicación se ha realizado en los diferentes colegios de Bogotá.

Ilustración 57. Piezas lúdicas.



Fuente: SNS

Acciones de inspección y vigilancia

Durante el periodo 2014-2018 los temas objeto de las visitas o auditorías desarrolladas corresponden al seguimiento del cumplimiento de lo ordenado en la Sentencia T-760 del 2008, en donde se verifica la oportunidad en autorización de **servicios incluidos** en el Plan de Beneficios y **no incluidos** en el Plan de Beneficios, **oportunidad** en la prestación de servicios de alto costo incluida población menor de edad, **cobro de copagos o cuotas moderadoras** de manera irregular, **negación en la prestación de servicios** ordenados por tutelas, negación de servicios ordenados por médicos no adscritos a la red, **autorización inoportuna** o negación en la entrega de insumos, **negación de afiliaciones y traslados**, negación de servicios, manutención y transporte cuando el afiliado debe **trasladarse a otro lugar**, negación en el **pago de incapacidades**.

Cuadro 128. Auditorías y visitas realizadas a sujetos vigilados

Tipo vigilado	Tipo actividad	Periodo			
		Jun.2014-May.2015	Jun.2015-May.2016	Jun.2016-May.2017	Jun.2017-Abr.2018
Auditorías y visitas a EAPB	Auditoría – visita- auditoría documental	104	116	155	152
Instituciones Prestadoras de Salud	Auditoría – visita- auditoría documental	68	81	280	171

Tipo vigilado	Tipo actividad	Periodo			
		Jun.2014-May.2015	Jun.2015-May.2016	Jun.2016-May.2017	Jun.2017-Abr.2018
Entidades del Orden Territorial	Auditoría – visita- auditoría documental	32	45	68	54
Entidades del Orden Nacional	Auditoría – visita- auditoría documental	14	2	14	9
Total		218	244	517	386

Fuente: Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional

Acciones de control

Durante el periodo comprendido entre 2014 (junio) a abril de 2018 se impusieron **3.688** sanciones a los diferentes actores del SGSSS, por más de **\$196 mil millones de pesos**, orientadas a ejercer control en los temas más relevantes para el funcionamiento del Sistema, la vida y salud de sus usuarios, por lo que se desatacan las sanciones por las deficiencias en la prestación de servicios de salud y la interrupción al flujo de recursos, sin que quede por fuera el control al reporte de información, el cual permite hacer efectiva las acciones de inspección, vigilancia y control.

Cuadro 129. Sanciones impuestas en el periodo 2014 (junio)–2018 (abril)

Periodo	Motivo / Cantidad	Prestación de servicios de salud*	Reporte de información**	Flujo de recursos ***	Valor sanciones
Jun.2014-Abr.2018	3.688	131.119.033	31.076.065	33.310.783	196.029.181
Jun.2017-Abr.2018	593	19.817.690	2.298.900	5.992.315	28.108.905

Fuente: Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos- Sistema de Investigaciones Administrativas –Supersalud

Notas:

Valores en en miles de pesos

* Incluye prestación de servicios de salud POS, NO POS, salud pública, acciones de detección temprana, protección específica, temas de habilitación, desnutrición infantil, madre gestante y otros temas relacionados.

** Incluye incumplimiento reporte de información, instrucciones Supersalud, carta de derechos y deberes y otros temas relacionados.

*** Incluye cartera, Circular 30, Saneamiento y otros temas relacionados.

El mayor monto de sanciones se ha impuesto en materia de incumplimiento de normas relacionadas con fallas en la prestación de servicios de salud y en el ejercicio de las acciones de inspección, vigilancia y control que realizan las entidades territoriales, por un valor superior a los \$132 mil millones.

De otra parte, se tienen las sanciones por incumplimientos relativos al reporte de información e incumplimiento de instrucciones de la Supersalud y fallas en el flujo de recursos los cuales tienen montos similares de sanción; el primero, por valor de más de 31 mil millones y el segundo, por alrededor de 33 mil millones de pesos.

Específicamente en el periodo comprendido entre junio de 2017 y abril de 2018 se impusieron 593 sanciones a los diferentes actores del SGSSS, por aproximadamente \$28 mil millones de pesos

Adopción y seguimiento de medidas especiales

En el marco de la adopción de las medidas especiales se realiza seguimiento y monitoreo de las entidades que están sometidas a medidas de salvamento, se adoptan medidas preventivas, se lleva a cabo la toma de posesión y la correspondiente intervención para administrar o liquidar de las entidades vigiladas, así como la intervención técnica de las Direcciones Territoriales de Salud en los términos establecidos en la ley. De igual forma, se realiza el seguimiento de la gestión de los interventores, liquidadores y contralores designados por la Superintendencia Nacional de Salud, y se ejerce inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud en los eventos de liquidación voluntaria por parte de las entidades vigiladas. Como resultado de estas acciones, la situación del sector al final de los periodos reportados ha sido la siguiente:

Cuadro 130. Entidades bajo acciones o medidas especiales

Medidas aplicadas	Periodo			
	Jun. 2014–May. 2015	Jun.2015–May.2016	Jun.2016–May.2017	Jun.2017–Mar.2018
Intervención forzosa para administrar	9	5	5	6

Medidas aplicadas	Periodo			
	Jun. 2014–May. 2015	Jun.2015–May.2016	Jun.2016–May.2017	Jun.2017–Mar.2018
Intervención forzosa administrativa para liquidar	12	13	4	3
Medida de vigilancia especial	4	8	20	19
Programa de recuperación	4	4	7	5

Fuente: Construcción propia SNS. Superintendencia Delegada de Medidas Especiales.

Durante el periodo 2014–2016 se destacan las siguientes actividades:

Cuadro 131. Medidas Supersalud 2014-2016

Tipo de medida	Observaciones
Intervención Forzosa Administrativa para administrar	<ul style="list-style-type: none"> Fueron levantadas las medidas de intervención forzosa para administrar a la ESE La Candelaria del municipio El Banco Magdalena y la Clínica Montería S.A. en Montería. Asimismo, se culminó el proceso de la intervención forzosa para liquidar de la Clínica Manizales y se ordenó la intervención forzosa para administrar la ESE Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué y nuevamente de la Clínica Montería S.A. El Hospital Eduardo Santos de Ismina: durante diciembre de 2015 y luego de seis (6) años de intervención para administrar, se levantó la medida de intervención forzosa para administrar y se ordenó una medida de vigilancia especial, debido a que los hallazgos relacionados con la prestación del servicio que dieron origen a la intervención se encontraban subsanados en su mayoría. El proceso de intervención forzosa para administrar el Hospital Departamental de Cartago, culminó en noviembre de 2015 cuando se ordenó la intervención forzosa para liquidar. En julio de 2015 se ordenó la medida de intervención forzosa para administrar el Hospital San Jerónimo de Montería. En octubre de 2015 se levantó la medida especial impuesta al Hospital Departamental de Villavicencio y en su lugar se ordenó la medida de intervención forzosa administrativa. En junio de 2016 se ordenó medida de intervención forzosa para administrar el Hospitan San José de Maicao. En noviembre de 2016 se levantó la medida de intervención del Hospital San Jerónimo de Montería. En noviembre de 2016 se ordenó la medida de intervención forzosa para administrar el Hospital Universitario del Caribe. En marzo de 2016 se levantó la medida de intervención del Hospital Regional II Nivel de San Marcos Sucre que se había adoptado en noviembre de 2011.
Intervención forzosa administrativa para liquidar	<ul style="list-style-type: none"> Se culminó el proceso de la intervención forzosa para liquidar de la Clínica Manizales y se ordenó la intervención forzosa para administrar la ESE Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué y nuevamente de la Clínica Montería S.A. Se culminaron los procesos de liquidación de la EPS SOLSALUD S. A. que operaba el régimen contributivo y subsidiado, 2 EPS del régimen subsidiado (COMFACA y CAMACOL) y 1 monopolio rentístico (Lotería del Atlántico). En enero de 2015 se ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar la EPS Golden Group S.A., considerando que se encontraba incurso en causal de disolución, por presentar patrimonio neto por debajo del 50%, incumplimiento recurrente de indicadores de permanencia, tendencia negativa de indicadores financieros y fallas en la prestación de servicios de salud prestados a los usuarios. Este proceso finaliza en el segundo semestre de 2015.
Intervención forzosa administrativa para liquidar	<ul style="list-style-type: none"> En enero de 2016 se ordenó la Liquidación de la Corporación IPS SALUDCOOOP. La liquidación de esta IPS tuvo un proceso previo que garantizó que la capacidad instalada con la que contaba continuara al servicio de los usuarios; de este modo se ha logrado mantener en la mayoría de departamentos donde hacía presencia la IPS, la garantía de la prestación del servicio de salud a los usuarios, mediante la cesión de sedes administradas por la Corporación a otras IPS.

Tipo de medida	Observaciones
	<ul style="list-style-type: none"> ● EPS Saludcoop: Durante noviembre de 2015, previo análisis de la crítica situación financiera y de prestación de servicios de la EPS SALUDCOOP OC, se ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar, por el término de dos (2) años. ● Se generó el insumo técnico para liquidación de Caprecom EPS. Mediante Decreto 2519 de 2015 el MSPS suprime la CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES “CAPRECOM” EICE, ordena su liquidación y se dictan otras disposiciones. La Superintendencia Nacional de Salud suministró el insumo necesario para dicho acto administrativo a partir del seguimiento y monitoreo a las medidas de Programa de Recuperación y Vigilancia Especial adoptada por esta Superintendencia. ● Hospital Manuel Elkin Patarroyo en el Departamento de Guainía. Este hospital, intervenido desde 2009, entró en intervención forzosa administrativa para liquidar en mayo de 2015, momento en la cual entró en operación el Modelo Integral de Atención en Salud para zonas dispersas en el departamento de Guainía, mediante el cual se está garantizando la prestación del servicio de salud y el aseguramiento al total de la población residente en este territorio.
Medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> ● En cumplimiento del artículo 12 del Decreto 2702 de 2014 fueron ordenadas 13 medidas preventivas en el año 2016 (6 de Vigilancia Especial y 7 Programas de Recuperación) por incumplimiento de las condiciones de permanencia financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud; estas medidas cautelares son un mecanismo para garantizar la confianza pública y salvaguardar el derecho a la salud de los usuarios, la cual le impone a los vigilados el cumplimiento de actividades adicionales en la operación del aseguramiento en salud. ● En mayo de 2016 se ordenó medida cautelar de vigilancia especial al Hospital Universitario de Sincelajo, la cual a la fecha se encuentra vigente. ● En agosto de 2015 se impuso una vigilancia al Hospital Departamental de Villavicencio. ● En diciembre de 2016 se adoptó medida cautelar de vigilancia especial a la ESE Hospital Fray Luis de León de Plato (Magdalena) por el término de 6 meses. La medida cumplió sus fines y fue levantada en el plazo indicado. ● En diciembre de 2016 se adoptó medida cautelar de vigilancia especial a la ESE Hospital San Diego de Cereté (Cordoba); dicha medida culminó en noviembre de 2017. ● En diciembre de 2016 se adoptó medida cautelar de vigilancia especial al Hospital Regional San Andrés ESE de Chiriguana (Cesar).

Fuente: SNS. Delegada de Medidas Especiales.

Durante el periodo 2017–mayo 2018 se destacan las siguientes actividades para cada una de las medidas:

Cuadro 132. Medidas Supersalud 2017-2018

Tipo de medida	Observaciones
Medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> ● Vigilancia especial a la EPS MEDIMAS: Se adoptó la medida preventiva de Vigilancia Especial a fin de que opere en condiciones óptimas en el SGSSS, garantizando la efectiva prestación de los servicios de salud y el suministro oportuno de los insumos y tecnologías en salud que estos requieran. ● Vigilancia especial a la EPS COOMEVA: Se prorrogó la medida preventiva de Vigilancia Especial a fin de que opere en condiciones óptimas en el SGSSS, garantizando la efectiva prestación de los servicios de salud y el suministro oportuno de los insumos y tecnologías en salud que estos requieran.
Intervención forzosa administrativa para liquidar	<ul style="list-style-type: none"> ● Saludcoop Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo Saludcoop en Liquidación: Se ordenó la prórroga de la medida de intervención forzosa administrativa para liquidar hasta junio de 2018, buscando garantizar el cumplimiento de las etapas del proceso liquidatorio hasta la terminación de la existencia legal de la entidad. ● En abril de 2017 se culminó el proceso liquidatorio del Hospital Departamental de Cartago ESE en

Tipo de medida	Observaciones
	el Valle del Cauca.
Intervención forzosa administrativa para administrar	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué, Tolima: En septiembre de 2014 se le ordenó medida de intervención forzosa para administrar. En octubre de 2017 esta medida fue prorrogada por el término de siete (7) meses. Durante el proceso de intervención se han logrado avances importantes en cada uno de los componentes de cara a la adecuada prestación del servicio. • Hospital San Andrés ESE de Tumaco, Nariño: En marzo de 2017 se ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes, negocios y la Intervención Forzosa Administrativa para Administrar la ESE, con el fin de lograr mejores condiciones y garantizar la adecuada prestación de los servicios. Durante el tiempo transcurrido de la medida y teniendo en cuenta los aspectos críticos identificados al inicio de la medida, se han logrado avances y se han asignado a la entidad recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud-FONSAET, por valor de \$6.000 millones, los cuales permitirán el saneamiento de las obligaciones de personal, según conceptos incluidos en el informe base de asignación de recursos. Adicionalmente, se mantuvieron los estándares de calidad exigidos para los indicadores de oportunidad de la asignación de consulta médica especializada, porcentaje de cancelación de cirugía programada, tasa global de infección hospitalaria, tasa de mortalidad mayor a 48 horas, tasa de mortalidad perinatal y tasa mortalidad materna. • Hospital San José de Maicao, Guajira: Entre los hallazgos que dieron origen de la intervención estaba el alto grado de iliquidez. Durante el término de la medida de vigilancia especial, la ESE logró el objetivo de la misma, consistente en garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud en condiciones de calidad y oportunidad, estructurando las soluciones administrativas, financieras, jurídicas y asistenciales que permitieron superar las falencias identificadas. De acuerdo con lo anterior, en junio de 2017 se levantó la medida cautelar de vigilancia especial de la ESE. En el marco de la intervención se logró la asignación de más de \$11 mil millones de recursos FONSAET, así como la reactivación de los servicios de cirugía, imagenología diagnóstica simple y compleja, consulta especializada de medicina interna, ginecología, oftalmología y cirugía anestesiología. • Hospital Departamental de Villavicencio. La medida se encuentra vigente hasta el 25 de octubre 2018. En esta intervención se han logrado avances importantes en todos los componentes, destacando que el componente técnico científico ha representado el mayor impacto positivo lo cual va encaminado a la protección de los derechos de los usuarios del SGSSS, en atención a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación consagrados en el artículo 2° de la Ley 100 de 1993, lo cual es la razón de ser de la intervención. • Hospital Universitario del Caribe. Esta medida va hasta noviembre de 2018. Se han logrado avances en contención del gasto, mejoramiento en la calidad del servicio y gestión de defensa judicial de la entidad. • En octubre de 2017 se ordenó la toma de posesión y la intervención forzosa administrativa para administrar la ESE Rio Grande de la Magdalena del municipio de Magangué, departamento de Bolívar, la cual se encuentra en depuración de información y mejoramiento de los indicadores técnico-científicos de cara a la adecuada prestación del servicio.

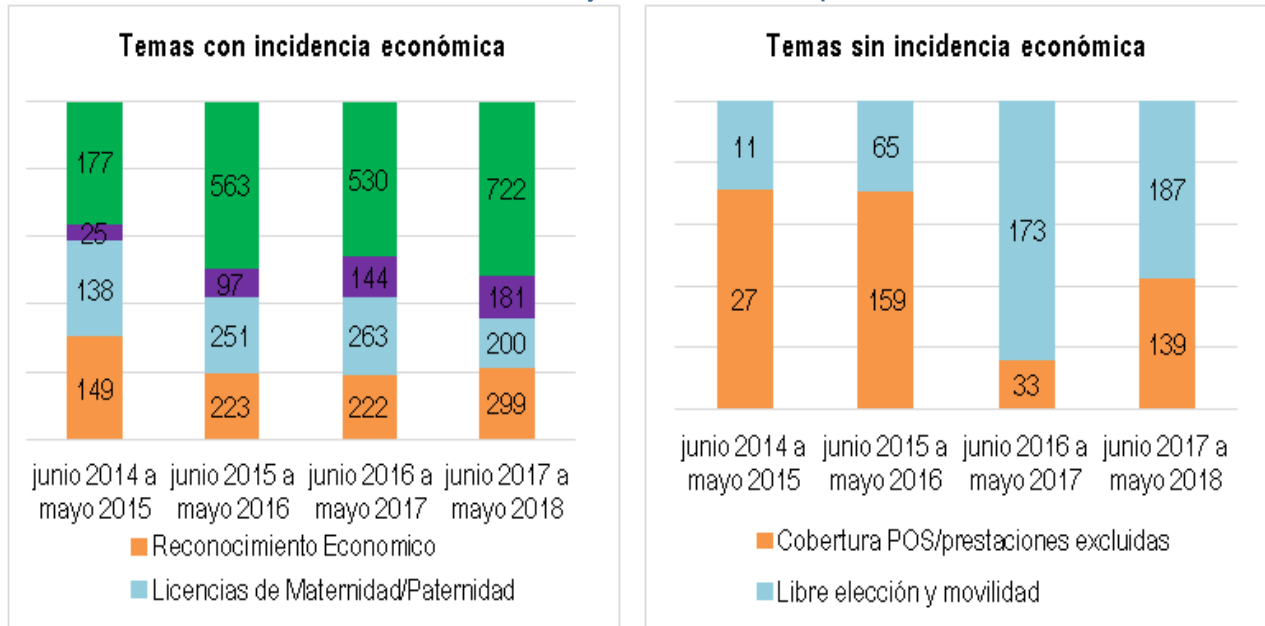
Fuente: SNS. Delegada de Medidas Especiales.

Función jurisdiccional. Sentencias agrupadas por asunto de competencia junio 2014–mayo de 2018.

En cumplimiento de la función jurisdiccional durante este periodo se emitieron sentencias a través de las cuales se reconocieron derechos de actores del SGSSS, garantizando la prestación y cobertura de los servicios en algunos asuntos, y en otros normalizando el flujo de recursos dentro del sistema.

Dentro de estas sentencias se emiten algunas con incidencia económica y otras sin incidencia económica, tal como lo muestra la siguiente ilustración:

Ilustración 58. Función jurisdiccional de la Supersalud

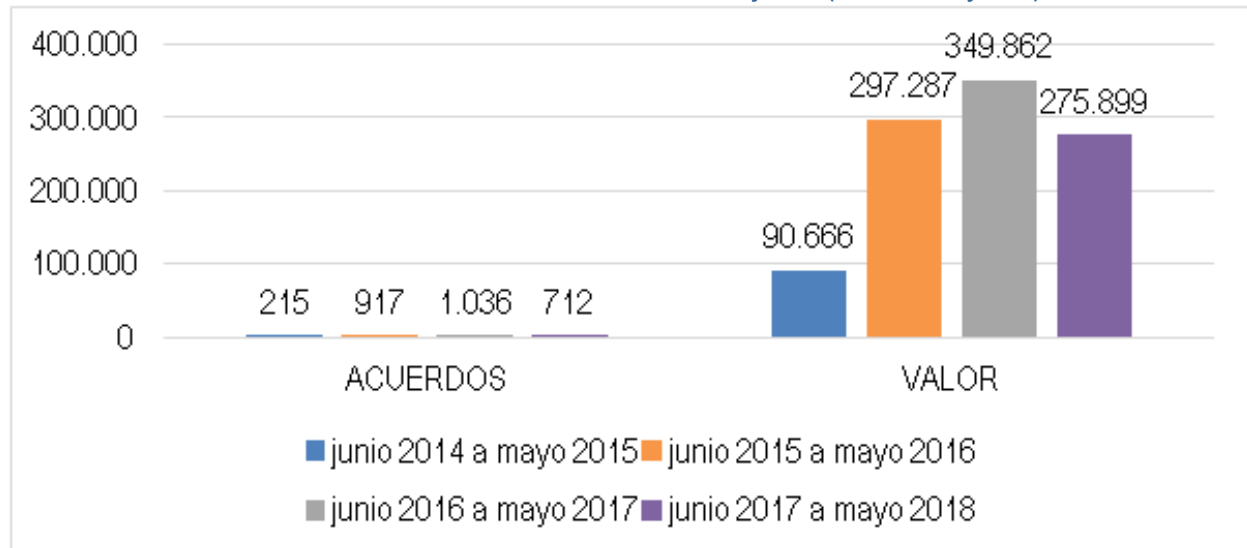


Fuente. SNS. Superintendencia Delegada Jurisdiccional y Conciliación

Función de conciliación

A través de esta función la Superintendencia Nacional de Salud ha logrado acuerdos de pago de las deudas existentes entre entidades responsables (EPS y entidades territoriales) y las IPS de la red pública y privada, lo que contribuye a la normalización del flujo de los recursos del SGSSS, tal como se muestra en la ilustración siguiente.

Ilustración 59. Acuerdos conciliatorios en cantidad y valor (Jun.2014-May.2018)



Fuente. SNS. Superintendencia Delegada Jurisdiccional y Conciliación

7.4 Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de Estupeficientes-FNE

Sistema de Inspección, Vigilancia y Control competencia del Fondo Nacional de estupeficientes-FNE

El FNE realiza las funciones de Inspección, Vigilancia y Control a través de los siguientes trámites que deben realizar los usuarios ante la Entidad:

- Certificado de importación de sustancias y/o medicamentos sometidos a fiscalización Inspección previa al levante de las sustancias sometidas a fiscalización productos y/o medicamentos que las contengan.
- Formalización de la importación de mercancías fiscalizadas.
- Certificado de importación de sustancias y/o medicamentos sometidos a fiscalización.
- Inscripción, renovación, ampliación, modificación o cancelación para realizar cualquier tipo de actividad relacionada con el manejo de materias primas de control especial y/o medicamentos que las contengan.
- Cofinanciación de proyectos para la farmacodependencia.
- Certificado de exportación de materias primas de control especial y/o medicamentos de control de control especial. 7. Autorización de compra y venta local de sustancias sometidas a fiscalización.
- Visto bueno a licencia de importación.
- Transformación de sustancias sometidas a fiscalización o medicamentos que las contengan.
- Previsiones ordinarias y suplementarias para importar materias primas y/o medicamentos de control especial.
- Destrucción de sustancias fiscalizadas y/o medicamentos que las contengan.
- Venta de medicamentos clasificados como monopolio del Estado.

El FNE también tiene la misión de implementar a nivel nacional las medidas de Inspección, Vigilancia y Control derivadas de los compromisos internacionales del país que emanan de la Convención Única sobre Estupeficientes de 1961, el Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupeficientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, así como de la normatividad nacional en la materia: Ley 30 de 1986, Decreto 3788 de 1986 y Resolución 478 de 2006 del hoy Ministerio de Salud y Protección Social.

Así mismo, se adelantan gestiones para la racionalización de los trámites de certificado de importación e inspección previa al levante como meta para 2018, habiéndose cumplida la meta de 2017 con los trámites de Formalización y Autorización de Compra y Venta Local.

También en el segundo semestre de 2016 se reconstituyó el comité de provisiones de la entidad, como órgano colegiado para el estudio de las solicitudes de cupos de importación que anualmente tramita la industria farmacéutica. Dicha medida permite estudiar y asignar con transparencia y criterio técnico cada cupo solicitado.

Se implementó un plan de auditorías focalizadas en entidades donde se establece que hay mayor probabilidad de desvío a fines ilícitos de las sustancias controladas, de esta forma se priorizan recursos y la inspección, vigilancia y control resulta más efectiva. En tal sentido, el plan de acción para el 2018 se formuló y ejecuta alrededor de las empresas y distribuidores de medicamentos veterinarios y las empresas que importan, almacenan y usan sustancias precursoras de drogas.

Por último, y fruto de la articulación con los gremios, se planteó desde 2017 una agenda de capacitación liderada por la ANDI dirigida a las autoridades locales de diferentes ciudades estratégicas a fin de dar a conocer y relevar el impacto en la salud pública de la desviación, contrabando y falsificación de los medicamentos de control especial. Con corte a abril de 2018 se ha realizado capacitación en Cali, Medellín, Cúcuta y Barranquilla.

8. GESTIÓN SECTORIAL

8.1 Gestión y ejecución presupuestal del sector

Durante los últimos años se logró una adecuada ejecución de recursos apropiados a través del Presupuesto General de la Nación (PGN). Es un logro que denota el compromiso, seriedad y responsabilidad con la que se planea, ejecuta y se hace seguimiento a los recursos asignados por la Nación para la salud.

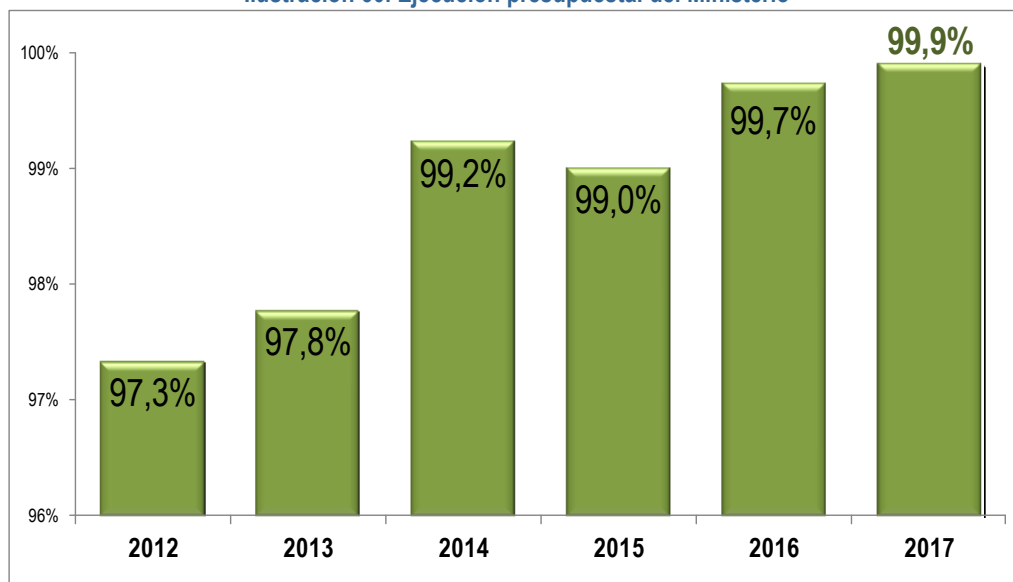
Para el cierre de diciembre de 2017, de cada cien (\$100) pesos que fueron autorizados al sector, se ejecutaron (comprometieron) más de noventa y nueve pesos, con un porcentaje de ejecución del 99,6%.

Se destacan, entre otros, la utilización de los recursos de la Nación empleados en la financiación del aseguramiento del régimen subsidiado, los correspondientes a las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) con destino diferente al aseguramiento (por ejemplo para la salud pública, la prestación de servicios en las regiones y el pago de los aportes patronales de los hospitales públicos), la inversión en los programas de vacunación y el pago de las becas crédito para médicos residentes que se encuentran estudiando una especialidad prioritaria para el país.

Según la entidad ejecutora se destacaron la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el Sanatorio Agua de Dios y el Instituto Nacional de Salud (INS), con indicadores de ejecución del 100%, 99,8% y 99,1%, respectivamente. Se consolida así un importante avance en esta materia y que inició desde el año 2012 en el que la ejecución apenas superaba para el sector el 92,7%% de los recursos apropiados. Este hecho, además, genera el compromiso para que en la vigencia actual se mantenga como referente de buena gestión para el resto de sectores que componen el nivel nacional.

Por su parte, el Ministerio de Salud, incluidas sus tres unidades ejecutoras (Gestión General, Dir. de Administración de Fondos y la Unidad Administrativa Especial (UAE)-Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE) cerró con un indicador de 99,9%. Es el resultado más alto desde 2012 (ver ilustración).

Ilustración 60. Ejecución presupuestal del Ministerio



Fuente: Cálculos propios Minsalud-OAPES con base en el Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF) Nación

Uno de los principales aspectos de la gestión presupuestal consiste en la formulación, control, seguimiento y evaluación de los proyectos de inversión en Sector Administrativo de Salud y Protección Social. En este sentido y atendiendo las normas vigentes en materia presupuestal, en el primer trimestre de 2018 se culminó la reformulación de la totalidad de los proyectos de inversión del sector. Esto redundará en una mejor gestión presupuestal en términos de resultados y de pertinencia de los bienes y servicios que se adquieren para el sector a través del presupuesto de la inversión, especialmente en un marco de estrechez fiscal.

8.2 Estudios y evaluación de política pública

El sector salud ha fortalecido su capacidad institucional para tomar decisiones de política pública basada en evidencia. Como parte de este proceso, se destaca el trabajo del Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública, creado en 2015 como parte de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del MSPS, con el fin de mejorar la coordinación y optimización de los procesos relacionados con la elaboración de estudios sectoriales, investigación y evaluación de políticas públicas en salud, a fin de dar elementos de juicio basados en evidencia a los tomadores de decisiones.

En este contexto, el mencionado grupo ha venido participando en la elaboración y/o apoyo metodológico de estudios, investigaciones y evaluaciones del sector a dependencias del Ministerio, así como al Departamento Nacional de Planeación (DNP) en lo que compete específicamente a evaluaciones del sector salud.

A continuación se relacionan los resultados obtenidos dentro del período comprendido para el presente informe, diferenciados en tres líneas de trabajo y un componente transversal de divulgación, así⁸⁷:

Estudios sectoriales en salud

Los estudios sectoriales se convierten en una herramienta fundamental que ofrece información general con datos reales y actualizados sobre la situación del sector salud. La información aportada por los estudios sectoriales permite establecer las bases del análisis objeto de estudio y generar evidencias para soportar la toma de decisiones de política pública del Ministerio como ente rector del SGSSS.

En esta materia se han producido cuatro (4) estudios con los siguientes alcances:

- **Recobros NO POS del Régimen Contributivo** a través de un boletín que contiene la caracterización de los reconocimientos a servicios y tecnologías no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud para los años 2014 y 2015, y que brinda herramientas para la toma de decisiones de política pública basada en la evidencia del sector salud en relación con los servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios.
- **Caracterización de la oferta de servicios de salud** a partir del cual se obtuvo la descripción de las características de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del país en cuanto a tipo de naturaleza jurídica, concentración y distribución; la oferta de servicios de salud (grupos de servicios, grados de complejidad y modalidad) y la capacidad instalada relacionada con camas, ambulancias y salas.
- **Atlas de variaciones geográficas en salud** que logró evidenciar las variaciones en la práctica médica y en la distribución y uso de los recursos del sector salud entre las distintas regiones, y analizarlas de manera rutinaria

⁸⁷ El Grupo cuenta con las líneas de trabajo: Estudios Sectoriales, Evaluaciones de Política Pública e Inteligencia Estratégica, a las que se suma un componente de Divulgación y Gestión del Conocimiento.

Los productos relacionados se encuentran disponibles para consulta pública a través del enlace:
<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/estudios-y-evaluaciones-sectoriales.aspx>

para estudiar si efectivamente existe una diferencia, en dónde se concentra, cuál es su magnitud y si dichas variaciones son justificadas.

- **Gasto en Salud Pública** con el cual se logró obtener la caracterización del gasto en salud pública en Colombia mediante el cálculo y su identificación dentro del universo de prestaciones del SGSSS en Colombia y en segundo lugar, al utilizar la información de seguimiento a la ejecución de los Planes Territoriales de Salud, se presentó y analizó de manera cualitativa y cuantitativa la estructura del gasto de acuerdo con el Anexo Técnico de la Resolución 518 de 2015 en cuanto a la Gestión de la Salud Pública y la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

Estos estudios se encuentran disponibles en <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/estudios-sectoriales.aspx>

Evaluaciones de Política Pública en Salud

Una evaluación de política pública en salud consiste en una investigación sistemática y objetiva aplicada en alguno de los diferentes eslabones de la cadena de valor (procesos, productos, resultados) que tiene como finalidad generar evidencia que sirva como insumo para mejorar el diseño, la implementación, la ejecución y los efectos de políticas, planes, programas o proyectos (intervenciones públicas) del Gobierno Nacional⁸⁸.

En esta materia, se ha realizado seis (6) evaluaciones –algunas de ellas en coordinación con el DNP– con la siguiente descripción:

- **Evaluación Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario en la Alta Guajira**, de la cual se cuenta con un documento final de la evaluación, que presenta las recomendaciones priorizadas entre acciones inmediatas y temas que pueden ejecutarse en el mediano y largo plazo, así como recomendaciones que deben ser tenidas en cuenta para cualquier intervención que se realice con la participación directa del MSPS.
- **Evaluación del Programa de Prevención y Reducción de Anemia Nutricional en niños y niñas de 6 a 23 meses en los departamentos de Bolívar y la Guajira**, la que en su documento final presenta las recomendaciones entorno a los componentes transversales del PNPRAN (Programa Nacional de Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional): i) Arquitectura institucional; ii) Prácticas y conocimientos en salud, alimentación y nutrición; iii) Desarrollo de capacidades, en las personas, organizaciones y en las comunidades; y, iv) Monitoreo y evaluación.
- **Construcción de la evaluación de procesos a la Resolución 1479 de 2015: Procedimiento de cobro y pago del No POS en el régimen subsidiado**, de la que se socializaron los resultados y recomendaciones de la Evaluación al Viceministerio de Protección Social y se realizó el acompañamiento a la Dirección de Financiamiento Sectorial del MSPS en reunión con la Superintendencia Nacional de Salud, para determinar los ajustes prioritarios a la citada resolución.
- **Apoyo metodológico en la evaluación de procesos y resultados de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el departamento del Guainía**, para la cual se realizó el acompañamiento técnico al DNP en el diseño metodológico y la revisión de productos; adicionalmente y con referencia a la citada evaluación, el Ministerio participó en la rendición de cuentas ante la Contraloría General de la República, en Puerto Inírida (departamento del Guainía), en diciembre de 2017.

⁸⁸ Colombia. Congreso de la República. Decreto 1290 de 2014. Por el cual se reglamenta el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados - Sinergia. (2014)

- **Apoyo metodológico en la evaluación de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia “De Cero a Siempre”** realizando el acompañamiento técnico al DNP en el diseño metodológico, revisión y aprobación de productos.
- **Apoyo metodológico en la evaluación al CONPES 161 de Equidad de Género para las Mujeres**, brindando el apoyo técnico al DNP en el diseño metodológico, revisión y aprobación de productos finales.

A la fecha de este reporte se encuentra en ejecución la **Evaluación integral Plan Decenal de Salud Pública (2012–2021)**, la cual se encuentra en la fase de análisis de información en la actividad de codificación.

Las evaluaciones se encuentran disponibles en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/evaluacion-de-politica-publica.aspx>

Inteligencia estratégica

La inteligencia estratégica es entendida como el uso de herramientas innovadoras de análisis que permite el seguimiento permanente y pormenorizado de la literatura académica y científica que se genera tanto en el país como en el resto del mundo, así como la realización de estudios de política pública comparada que permita adoptar las mejores prácticas internacionales al modelo de salud colombiano, con el fin de generar conocimiento que conlleve a la toma de decisiones basada en la evidencia, dentro de las cuales se encuentran: las revisiones sistemáticas y los informes sobre políticas.

En este sentido, se ha avanzado en lo siguiente:

- Elaboración de una revisión sistemática de Intervenciones en salud mental para pacientes con cáncer y cuidadores (en construcción)
- Documento resumen de política pública sobre la regulación de la publicidad de bebidas alcohólicas. (en revisión)
- Documento resumen de política pública sobre las intervenciones en habitante de calle (finalizado)

Para más detalles se sugiere consultar el enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/inteligencia-estrategica.aspx>

Divulgación y Gestión del Conocimiento

Así mismo, se han establecido estrategias para la difusión de los hallazgos y el conocimiento desarrollado por múltiples autores de diferentes ámbitos –entre ellos el académico y el estatal– respecto a la política pública en salud y que han sido denominadas “Diálogos en Salud” y “Papeles en Salud”:

“Diálogos en Salud” fue instituido como escenario de discusión y difusión de los estudios, investigaciones y evaluaciones del sector salud bajo la modalidad de seminario, de carácter mensual, cuyo propósito es brindar elementos para la formulación, debate y ajuste de la política pública en salud y protección social, teniendo como fin último la toma de decisiones basada en la evidencia.

El espacio de divulgación de estudios y evaluaciones producidos sobre el sector salud ha continuado incentivando la interacción entre expositores y asistentes, a fin de generar debates para la generación de nuevas políticas públicas, ajustes a las existentes o la expansión del conocimiento.

A la fecha de este informe se cuenta con la versión No. 22 de estos seminarios, los cuales iniciaron en 2016 y desarrollaron distintas temáticas.

El material completo de los seminarios pueden ser consultados en:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/divulgacion.aspx>

Paralelo a este espacio, se ha continuado con la publicación de documentos de trabajo “Papeles en salud”, como una iniciativa constituida por una serie de documentos técnicos relacionados con política pública en salud nutrida principalmente por trabajos desarrollados por los funcionarios del Ministerio y sus entidades adscritas o vinculadas, pero que también invita al público en general a difundir los trabajos rigurosos hechos por la ciudadanía sobre el sector y que tiene como principal objetivo servir como herramienta para la toma de decisiones de política pública, que aporten al debate del sector y que permitan mejorar la calidad de las intervenciones.

A la fecha de este reporte se cuenta con 14 publicaciones, que igualmente iniciaron en el año 2016 y que corresponden a distintos temas en salud.

Estas publicaciones pueden ser consultadas en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/pensemos-en-salud-publicaciones-de-la-serie.aspx>

Informes del Observatorio Nacional de Salud del INS

El Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud generó evidencia científica para informar la toma de decisiones en salud del país, con el análisis y divulgación de información científica y recomendaciones para implementar políticas públicas en pro del bienestar de la población colombiana, por medio de la gestión de conocimiento sobre los siguientes temas de coyuntura nacional y del sector salud:

- **Informe 3. Mortalidad evitable:** Análisis de las tendencias de las tasas de mortalidad por todas las causas y aquellas consideradas evitables, ya sea por la intervención del sistema de salud o la disposición de intervenciones y políticas públicas de otros sectores, que han probado ser efectivas en la prevención de dichas muertes.
- **Informe 4. Violencia homicida:** Análisis de la tendencia y determinantes de la mortalidad por homicidio en Colombia desde un enfoque de salud pública y de determinantes sociales de la salud, identificando esta como un área de interés prioritario para el mejoramiento del bienestar de la población colombiana y aumento de expectativa de vida.
- **Informe 5. Carga de enfermedad de enfermedades crónicas:** Análisis de la carga de enfermedad originada por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y EPOC en Colombia, identificando variaciones departamentales y tendencias a partir del cruce de fuentes de información y modelos de estimación basados en el análisis de Carga Global de Enfermedad de la Universidad de Washington.
- **Informe 6. Desigualdades sociales en salud:** Realización del primer análisis nacional de las desigualdades sociales en salud en Colombia para más de 30 indicadores en salud pública por variables de educación, ingresos y riqueza, evidenciando los peores desenlaces en salud en la población más vulnerable a pesar de la mejora general de los indicadores promedio del país.
- **Informe 7. ASIS:** Análisis compilado y comparados de los ASIS departamentales que permite comparar el avance de los departamentos en indicadores en salud pública. Adicionalmente se realizó un análisis de la experiencia de realización de los ASIS bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y la Protección Social identificando logros y retos a abordar en el uso de la evidencia para informar la toma de decisiones.
- **Informe 8. Clase Social y Salud.** Primer análisis nacional de desigualdades sociales en salud, teniendo como eje de desigualdad la clase social de la población colombiana. Este análisis representa una aproximación a la comprensión de los mecanismos de reproducción de las inequidades en salud en el país.
- **Informe 9 Consecuencias del Conflicto Armado en la Salud en Colombia.** En el marco del posconflicto se realizó una aproximación a la medición de los saldos rojos en salud que dejó el conflicto armado en Colombia, evidenciando como los municipios más expuestos al conflicto armado presentan los peores indicadores en condiciones de vida y desenlaces en salud en el país.

8.3 Sistema Integrado de Gestión del MSPS

El MSPS, a partir de la Resolución 2624 de 2013, estableció su Sistema Integrado de Gestión como una herramienta sistemática y transparente constituida por el conjunto de instancias, políticas, estrategias, metodologías, principios, normas, procedimientos y mecanismos para la gestión de los diferentes procesos de esta organismo en procura de fortalecer el desempeño institucional para el logro de la misión y objetivos que le han sido encomendados. Dicha resolución fue derogada y acogida por la 2363 de 2018, que adopta y define órganos de asesoría y coordinación en el Marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Sistema de Gestión de la calidad y sus procesos

El mapa de procesos del Ministerio estableció inicialmente 57 procesos y 156 procedimientos. Posteriormente, bajo un ejercicio de reingeniería, análisis de productos y servicios, simplificación y eficiencia condujo a un mapa que en la actualidad contiene 27 procesos y 113 procedimientos aprobados, reduciendo la carga documental del Sistema e impactando en otro tipo de documentos asociados, tal es el caso de manuales, guías, indicadores de gestión, entre otros, consolidando un Sistema más amigable y cercano a los servidores públicos de la entidad, sus usuarios y partes interesadas. De otra parte, el Sistema de Gestión de la Calidad fue implementado bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 (derogada por el Decreto 1499 de 2017 que adopta el nuevo MIPG) la cual es equivalente a la norma técnica internacional de calidad ISO9001:2008. Actualmente se está realizando la transición a la versión 2015 de la ISO 9001:2015.

Administración de riesgos y oportunidades

Inicialmente se documentaron los mapas de riesgos de gestión para cada uno de los procesos establecidos. Posteriormente, con el establecimiento del MIPG, el Modelo Estándar de Control Interno–MECI, el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y las normas aplicables a los sistemas de gestión, se tienen identificados y administrados 99 riesgos (con sus respectivas acciones de mejoramiento o de contingencia) para los temas de gestión de procesos (52), seguridad de la información (34) y corrupción (13).

En atención a la actualización que se está realizando frente a la norma ISO 9001:2015 y la aplicación del nuevo MIPG, se están desarrollando las siguientes actividades: a) actualización de la metodología para abordar los riesgos y oportunidades, modificando la herramienta utilizada; b) actualización del documento de Contexto Estratégico 2018, que contiene las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas detectadas, así como el análisis de coherencia-impacto respecto a los objetivos estratégicos; c) ajuste de los riesgos de gestión para todos los procesos del sistema y los de corrupción en los procesos seleccionados; y, d) la identificación y documentación de los riesgos estratégicos y oportunidades a partir del Contexto Estratégico 2018.

Auditorías internas de calidad

En 2016 se realizaron las primeras auditorías internas de calidad, coordinadas por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales y ejecutadas por personal del Ministerio bajo las normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008, cuyos resultados fueron presentados a la Alta Dirección. Posteriormente, en 2017, se realizó este ejercicio de manera integral vinculando al sistema de gestión de seguridad de la información NTC ISO 27001:2013. En mayo de 2018 se realizaron de manera conjunta, bajo las normas ISO 9001:2015 y la del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo–OHSAS 18001:2007. En el segundo semestre se tienen programadas las correspondientes al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información y Gestión Ambiental, lo que implica actualizar tanto auditores del Ministerio como instrumentos y socializar los cambios realizados durante el ejercicio de transición normativa.

Certificación de calidad

Gracias al esfuerzo institucional para la implementación del sistema integrado de gestión y la correspondiente norma técnica de calidad NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2008, en 2016 se surtió la auditoría externa de certificación con lo que se obtuvo dicho reconocimiento bajo las normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008, que para 2017 se revalidó con la auditoría externa de seguimiento. Actualmente la Alta Dirección, en su compromiso institucional y el mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad, está orientando los esfuerzos en la actualización a la norma ISO 9001:2015 y su correspondiente auditoría externa de certificación.

Sistema de Gestión Ambiental

Adicional a lo enunciado se consolidará el sistema de gestión ambiental con fines de certificación, para lo cual se tienen programadas las siguientes actividades: a) consolidación del diagnóstico del sistema de gestión ambiental; b) consolidación documental del sistema de gestión ambiental; c) diseño e implementación de estrategias de una cultura ambiental; d) realización de un ciclo de auditoría interna al sistema de gestión ambiental; y, e) realización de la auditoría externa de certificación.

Articulación Sistemas de Gestión

Con la implementación de sistemas de gestión diferentes al de calidad (seguridad de la información, año 2016 y Seguridad y Salud en el Trabajo, año 2017), se realizó la unificación de herramientas e instrumentos comunes evitando destinar esfuerzos adicionales y haciendo uso eficiente de los recursos. Tal es el caso de las metodologías asociadas a la gestión documental, la administración de riesgos, la medición y seguimiento, la realización de auditorías internas integrales, la revisión por la Alta Dirección, entre otras. El Sistema Integrado de Gestión del Ministerio se encuentra articulado con la Unidad Administrativa Especial-Fondo Nacional de Estupefacientes y actualizado con las funciones que asume el Ministerio una vez creada la nueva entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y la correspondiente supresión de la anterior Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del MSPS.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

En cumplimiento a lo determinado por el Decreto 124 del 26 de enero de 2016 y las demás normas aplicables al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el Ministerio ha establecido este plan para cada vigencia, en los componentes de: a) gestión del riesgo de corrupción – mapa de riesgos de corrupción; b) racionalización de trámites; c) rendición de cuentas; d) mecanismos para mejorar la atención al ciudadano; y, e) mecanismos para la transparencia y el acceso a la información, previa ejecución de las etapas de construcción de la versión preliminar, consulta pública e interna y publicación oportuna en enero de cada año. Adicionalmente, se han realizado las actualizaciones del caso y la Oficina de Control Interno ha efectuado los correspondientes seguimientos cuatrimestrales.

Trámites y Otros Procedimientos Administrativos–OPA

A partir de la creación del Ministerio se establecieron 9 trámites y 4 procedimientos administrativos, incorporados en el Sistema Único de Información y Trámites–SUIT. Posteriormente, con la articulación del Fondo Nacional de Estupefacientes en 2016 y las novedades presentadas de incorporación y traslado a otras entidades, se aumentó el número de trámites a 20 y de procedimientos administrativos a 5, todos inscritos en el SUIT.

En cuanto al mejoramiento, se gestionó: a) la implementación de 6 acciones de racionalización tecnológica y 1 administrativa; b) la documentación de 18 trámites y 1 un procedimiento administrativo; c) la implementación de 7 herramientas para la gestión de los trámites; y, d) disposición de 8 trámites y 5 OPA en línea.

Actualización Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Según el autodiagnóstico asistido en la herramienta proporcionada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, se obtuvieron los siguientes avances en las dimensiones del modelo: a) Direccionamiento Estratégico y Planeación: 94,5%; b) Gestión con Valores para Resultados: 79,25%; c) Evaluaciones de Resultados: 89,7%, d) Información y Comunicación: 89,8%; e) Control Interno: 96,2%; f) Talento Humano: pendiente de evaluar; y, g) Gestión del Conocimiento y la Innovación: se tienen resultados pero la herramienta no evalúa esta dimensión.

Se construyó el árbol de navegación del nuevo MIPG, que permite describir gráficamente las interacciones entre las dimensiones, políticas y componentes del modelo. Así mismo, se hizo la relación alta, media, baja o sin relación, frente a los requisitos establecidos en las normas ISO 9001:2015, OHSAS 18001:2007 e ISO27001:2013.

Se expidió la Resolución 2363 de 2018 que –entre otras cosas– adopta el MIPG en la entidad, define las instancias para su implementación y evaluación, establece el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y los Subcomités Integrados de Gestión.

Se tiene previsto adelantar las siguientes acciones para la implementación del modelo en las dimensiones: a) Direccionamiento Estratégico: consolidación a través del acompañamiento en la formulación de la planeación estratégica institucional según el nuevo plan de desarrollo; b) Talento Humano: fortalecimiento de la cultura organizacional y su alineación con el nuevo plan estratégico de la entidad; c) Gestión con valores para resultados: articulación de los procesos del sistema de gestión ambiental; y, d) Gestión del conocimiento e innovación: puesta en marcha de la metodología de gestión del conocimiento a nivel institucional.

8.4 Sistema Integrado de Información de la Protección Social–SISPRO

En concordancia con lo establecido en materia de tecnologías de la información y las comunicaciones en la normatividad vigente para el Sector Salud y Protección Social, especialmente la Ley 1438 de 2011 de reforma a la salud, la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud y la política para las tecnologías de la información y las comunicaciones–TIC definida en la Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país. Paz, equidad, educación”: estrategias Movilidad Social y Competitividad e Infraestructura Estratégicas, el Ministerio orientó sus acciones a la armonización de las bases de datos, a la integración de datos de diferentes fuentes de información y a la disposición de aplicativos web y móviles que facilitan la participación del ciudadano en el sistema y el acceso, oportunidad y calidad a los servicios de salud y protección social.

Con las anteriores acciones se busca la unificación de la información, centrada en el ciudadano y la disposición oportuna de la misma. De esta forma, los principales logros obtenidos en el periodo se concretan en: i) Disposición de información al ciudadano sobre sus atenciones de salud; ii) Unificación de información a través de articulación de bases de datos; iii) Desarrollo de sistemas transaccionales; iv) Implementación de la estrategia de Gobierno En Línea–GEL y evolución a Gobierno Digital; v) Reorganización del SISPRO con la creación de centrales de información; y, vi) Mejoramiento continuo de los aplicativos en operación y desarrollo de otros para la gestión misional.

Logros

Historia de salud. Por primera vez, el ciudadano puede consultar información de sus atenciones de salud. En 2016 el Ministerio dispuso información de salud de la persona, a la cual sólo puede acceder el ciudadano plenamente identificado en www.miseguridadsocial.gov.co, para garantizar el *habeas data* y la protección de datos personales. Esto a partir de la disposición de un conjunto de datos básicos de la historia de salud del ciudadano, que hacen parte de la historia clínica, los cuales facilitarán el acceso, la oportunidad y la disponibilidad de los datos para su atención en salud, a través de mecanismos electrónicos o digitales. La disposición de variables para consulta, que se ha efectuado en forma gradual, permite que a la fecha el ciudadano pueda consultar datos actualizados de 32 variables relacionados con consultas, procedimientos, hospitalizaciones y urgencias de los dos últimos años, datos de residencia, actividad económica, consulta de sus aportes al sistema general de seguridad social, condición de discapacidad, víctima, antecedentes en salud, entre otras.

Unificación de información a través de la articulación de bases de datos. El Ministerio avanza en la estandarización y el intercambio de datos entre diferentes bases que tienen como unidad de análisis al ciudadano, entre ellas los datos de afiliación con los de atenciones en salud, condición de discapacidad, aportes, subsidios, entre otros, que permiten tener la trazabilidad de la persona en el Sistema y proporcionan información para el seguimiento al goce efectivo del derecho a la salud, en cumplimiento de la Ley Estatutaria de Salud.

Para lo anterior, desde 2014 se inició la construcción de la tabla de evolución de documento de identificación que correlaciona los distintos documentos de una persona a lo largo de su vida. Esta tabla automatizada, de actualización semanal, permite contar con información de afiliados únicos al Sistema de Salud, a través del serial único de identificación. El uso del serial ha permitido la depuración de la Base de Datos Única de Afiliados a Salud–BDUA, de tal forma que la información del 97% de los afiliados que conforman la BDUA coincide con la información de referencia de identificación reportada por la Registraduría Nacional del Estado Civil–RNEC en el caso de los nacionales y Migración Colombia en el caso de los extranjeros, incluidos los Permisos Especiales de Permanencia–PEP otorgados a los migrantes de la República Bolivariana de Venezuela. Esta información permite un mayor control en el giro de recursos en los regímenes contributivo y subsidiado y el control de fallecidos en los procesos de pensiones, en la solicitud de medicamentos o en la elaboración de prescripciones por profesionales de la salud.

El serial único de identificación constituye la base para la articulación de los diferentes sistemas y la unificación de información de salud y protección Social. Los aplicativos que hoy operan con el serial único de identificación son: Base de Datos Única de Afiliados a Salud–BDUA, Sistema de Afiliación Transaccional–SAT, Registro de Prescripción en línea MIPRES NoPBS, Sistema de Gestión de Datos–SGD (bodega de datos), Registro Único de Afiliados a la Protección Social–RUAF, Registro en línea de Nacimientos y Defunciones–ND, Registros Individuales de Prestaciones de Servicios de Salud–RIPS y, Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad–RLCPD.

De igual manera, el Ministerio trabaja desde 2014 en la estandarización necesaria para que los datos en salud de los cuales dispongan los actores del SGSSS sean homologados en los aplicativos y medios electrónicos que los intercambien. Bajo esta orientación, se expidió la Resolución 3166 de 2015, estándar de datos para medicamentos de uso humano, para facilitar el intercambio de información farmacéutica; la Resolución 2048 de 2015, catálogo enfermedades huérfanas; la Circular 24 de 2015, catálogo común de patologías para el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud–RIPS. En 2016, 17 tablas de referencia de medicamentos fueron publicadas y/o actualizadas con datos estandarizados, dentro del proceso adelantado con diferentes dependencias del Ministerio para la entrada en operación del registro en línea de MiPRES y –entre el 2017 y 2018– se tienen publicadas en el Repositorio Institucional Digital–RID, para consulta por el público, los catálogos consolidados de variables de 83 fuentes de información, de flujos de información correspondientes a 21 fuentes y de siglas (361), en: <http://url.minsalud.gov.co/catalogos-minsalud>.

Desarrollo de sistemas transaccionales. El MSPS ha avanzado en la simplificación de procesos, en el uso de información dispuesta por otros aplicativos para generar nueva información y en el desarrollo de sistemas transaccionales en línea que permiten llegar en forma directa al ciudadano, lo que facilita el acceso, la oportunidad y calidad en la atención. Ejemplos de ello son los servicios dispuestos y proyectados a través del Sistema de Afiliación Transaccional–SAT, los servicios del reporte de prescripción en línea de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC–MIPRES NoPBS, así como el uso de tecnologías móviles.

El Decreto 2353 de 2015 de Afiliación, incluyó un avance tecnológico hacia un sistema transaccional que reflejara, en forma dinámica, los movimientos de los afiliados en el SGSSS y disminuir así las inconsistencias y duplicidades, por multiplicidad de novedades mensuales que no cumplan con los requisitos definidos en la reglamentación del sector. Con este propósito, el Ministerio diseñó el modelo conceptual del Sistema de Afiliación Transaccional–SAT, que permite al afiliado, al aportante y a las entidades territoriales, reportar directamente sus novedades.

Al SAT se accede a través del registro e identificación de la persona en el portal www.miseguridadsocial.gov.co, con 305.752 ciudadanos registrados (a abril de 2018), 3.260 empleadores jurídicos y 5.460 empleadores naturales. A la fecha se encuentran en operación el Módulo de Identificación de Personas que incluye el registro y autenticación de usuarios, verificación actual de afiliación y la de su grupo familiar en lo correspondiente a salud, los aportes a la seguridad social efectuados a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes–PILA, el módulo de registro de aportantes, quien reportará directamente en el Sistema y el Módulo de Traslados, que permite al ciudadano efectuar directamente el cambio de su EPS. Este último servicio entró en operación desde marzo de 2018 y a la fecha se han registrado 8.600 traslados. En la Resolución 768 de 2018 se adoptan las reglas y condiciones generales para la operación del Sistema de Afiliación Transaccional–SAT y prevé la entrada en operación en forma gradual, en el 2018, de otros módulos transaccionales: novedades de afiliación, novedades laborales, movilidad entre regímenes, traslados masivos, novedades regímenes especiales y de excepción y acreditación de derechos.

En pensiones, se dispuso para consulta la historia de la afiliación del ciudadano por Administradoras de Fondo de Pensiones–AFP, fecha de inicio y fin de la afiliación, para que el ciudadano efectúe la consulta de las semanas cotizadas en la página web de la AFP correspondiente; en forma similar, el ciudadano puede consultar su Administradora de Riesgos Laborales.

El SAT se estructura sobre la información de la tabla de evolución de documentos de identificación de afiliados a la Protección Social, el intercambio de información entre la BDUA, el RUAF, la base de datos de Regímenes de Excepción–BDEX, la PILA y la aplicación directa de información proveniente de los aplicativos desarrollados por el MSPS que actualizan la información de los afiliados, como son: Nacimientos y Defunciones (ND) y el Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad–RLCPD.

De otra parte, en cumplimiento de la Ley Estatutaria de Salud, relacionada con la autonomía médica, se priorizó en el 2016 la construcción del aplicativo web en línea y en tiempo real MIPRES- NoPBS para el régimen contributivo, para el reporte de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC (Res. 3951 de 2016), el cual entró en producción en diciembre de 2016. Este aplicativo ha permitido identificar el talento humano en salud (médicos, odontólogos, optómetras y profesionales en nutrición y dietética) que realizan prescripción de estos servicios a nivel nacional a través de Registro Nacional de Talento Humano en Salud–RETHUS; verificar la correcta inscripción de las IPS-sedes y de profesionales independientes en el país a través de REPS; y, la actualización de estándares en salud relacionados con CUPS, medicamentos, productos nutricionales, dispositivos médicos y servicios complementarios; el registro de tutelas para el reconocimiento de los servicios y tecnologías ordenados por los Jueces de la República para lo cual se amplían los servicios complementarios que se pueden recibir a través del aplicativo. La prescripción se dispone a la ADRES para el pago de los recobros presentados por las EPS por estos servicios. Todas las codificaciones que hacen parte de MIPRES se mantienen actualizadas en forma permanente.

Este sistema en línea y en tiempo real, se estructuró sobre los procedimientos estandarizados y articulados que deben seguir los prestadores de servicios de salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) o las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), para la prescripción, suministro y recobro ante la ADRES de los servicios y tecnologías no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la UPC. El sistema facilita la oportunidad y transparencia de la información para mejorar el acceso a los servicios de salud por parte del ciudadano y la transparencia en el manejo de los recursos por cuanto interopera con diferentes sistemas de información y bases de datos del MSPS a través de servicios web.

Las principales bases de datos con las que interopera son el SAT, el Registro Especial de Prestadores de Salud-REPS, RUAF-ND y la tabla de evolución de documentos de identificación, el RETHUS, la RNEC, Migración Colombia y la BDUA. Así mismo, usa los catálogos en forma de 22 tablas estandarizadas y unificadas para los sistemas de información en salud del país. Con esta interoperabilidad y verificación en línea se reducen las glosas administrativas. Los datos que se registran en MIPRES-NoPBS son dispuestos a los diferentes actores según el nivel de acceso establecido. La EAPB/EOC puede consumir solamente los datos de sus afiliados; los prestadores de salud solamente pueden consumir los datos de sus prescriptores y los prescriptores solamente pueden acceder a los datos que registraron.

Desde la entrada en operación del aplicativo en el Régimen Contributivo en diciembre de 2016 hasta marzo 31 de 2018, se han realizado 5.363.766 prescripciones en línea a 1.842.085 pacientes, efectuadas por 42.556 profesionales de salud. Se tienen prescripciones de todos los departamentos del país y en 390 municipios, y en 5.490 sedes de IPS a nivel nacional. En total se prescribieron 6.377.917 tecnologías en salud, de las cuales el 86% de lo que se prescribe son medicamentos, el 7% son procedimientos en salud, el 4% productos nutricionales, el 2% servicios complementarios y el 1% dispositivos médicos.

Implementación Gobierno en Línea y evolución a Gobierno Digital. La implementación de la estrategia de Gobierno En Línea-GEL ha generado cambios en la forma de operar del MSPS, con una mejor comunicación e interacción con la ciudadanía, mediante la participación ciudadana en la construcción colectiva de la política pública, los trámites y servicios al ciudadano por medios virtuales y la rendición de cuentas a la ciudadanía. Esto se evidencia en la mejora y actualización permanente de la información que publica el Ministerio a través del portal www.minsalud.gov.co con 3.188.092 vistas en marzo de 2018, frente a 1.437.739 visitas en mayo de 2014 y a 870.290 para el mismo mes en 2010, lo que muestra el interés en los usuarios en el sector, mejorando la eficiencia administrativa y facilitando el control social.

En este contexto se implementó y fortaleció la política de datos abiertos con la disposición al ciudadano de 7 aplicaciones móviles, adicionales a las 2 desarrolladas en 2013 (SaluDatos y Autocuídate), que le han permitido tomar decisiones informadas e identificar actividades preventivas en salud de acuerdo a las características específicas de cada usuario. Estas aplicaciones desarrolladas entre 2014 y 2018 son: ClicSalud, DiscApp, ColombiaSlvigila, SexualiApp, Comunidad Salud, Aprende Salud y PAPSIVI.

De igual manera se continuó con la política de disposición de trámites y servicios en línea. En el periodo fueron dispuestos 7 nuevos trámites: Autorización del ejercicio de la especialidad de anestesiología, Certificación de necesidad del recurso humano, 4 trámites en línea relacionados con el FNE, 1 proceso misional en línea –Inscripción al Servicio Social Obligatorio, que facilita la gestión en el nivel territorial– y 2 servicios en línea: Certificación de contratos en línea y Certificado de existencia y representación legal de IPS sin ánimo de lucro. Estos trámites y servicios se encuentran disponibles en la Ventanilla Única de Trámites y Servicios en <http://tramites.minsalud.gov.co/tramitesservicios/>.

El fortalecimiento en la implementación de la estrategia de Gobierno Electrónico desde la cultura organizacional, específicamente en nuevas temáticas como seguridad de la información y disposición de datos de forma libre y sin restricciones (datos abiertos), el fortalecimiento de las tecnologías móviles como canal de atención y comunicación de los ciudadanos con la entidad, el diseño y uso de la herramienta Repositorio Institucional Digital-RID y más

recientemente –entre 2015 y 2016– en que se orienta a dar más herramientas de apoyo a las entidades en el uso y aprovechamiento de las tecnologías en la gestión y en la relación con los ciudadanos, le han merecido al Ministerio el otorgamiento de varios reconocimientos.

El premio a la Excelencia de Gobierno En Línea (ExcelGEL2014) entregado por el Ministerio TIC en la categoría Líder Digital por el compromiso mostrado en la implementación de Gobierno en Línea y uso de TIC; en 2015, el Ministerio es finalista de los Premios Ingenio Colombia 2015, entregados por Fedesoft y recibe reconocimiento en los Premios ExcelGEL 2015 del Centro de Innovación en Gobierno Electrónico del Ministerio TIC por uso de medios digitales en un esquema de innovación aplicado en el RID.

En 2016, en el marco de la Semana Internacional de Gobierno Digital realizado por el Ministerio TIC en Medellín, el MSPS, obtuvo el primer lugar por su gestión en Datos Abiertos, avanzando así en temas de transparencia y Gobierno Abierto y contribuyendo a través de soluciones digitales para que los ciudadanos tomen decisiones informadas. El Ministerio fue seleccionado al destacarse por su capacidad de gestión y articulación en el tema de datos abiertos, publicando información en las plataforma de Datos del Estado Colombiano, www.datos.gov.co dejándolos a disposición de los usuarios para que ellos y las entidades la reutilicen de diferentes maneras según su interés y además realizó acciones para incentivar el aprovechamiento de la información publicada a través de una aplicación móvil que permite además interactuar con otras entidades. Tal es el caso de la ya mencionada aplicación móvil “ClicSalud”, la cual además de consumir información pública, recibe la calificación de las atenciones en salud a las que ha accedido el ciudadano y se articula con la Superintendencia Nacional de Salud.

En enero de 2016 el Ministerio obtuvo la certificación ISO 27001:2013 para cuatro (4) procesos fundamentales en la protección y privacidad de datos, lo que lo posiciona en el sector público como líder en seguridad de la información. Este logro implica el cumplimiento de los requisitos exigidos por el estándar internacional de gestión de seguridad de la información y el compromiso con la reducción del riesgo al que está expuesta la información de la ciudadanía y que puede afectar su confidencialidad, integridad y disponibilidad.

En datos abiertos, el Ministerio obtuvo en 2017 el reconocimiento como “Entidad Pionera” por contar con los primeros conjuntos de datos abiertos certificados en nivel 1 con el Sello de Excelencia de Gobierno Digital, asociados a una aplicación móvil que usa información pública y transparente. En el 2017 se identificaron y publicaron 7 nuevos set de datos a través de la plataforma de datos abiertos del Estado Colombiano www.datos.gov.co, con la priorización de aquellos de mayor impacto en los ciudadanos y grupos de interés.

En 2018, conforme con la evolución del marco legal, la estrategia de Gobierno En Línea se encuentra en un proceso de transición entre la fase de consolidación del Gobierno Electrónico y la fase de evolución hacia el Gobierno Digital, por lo que la estrategia se vincula con el MIPG como herramienta dinamizadora para cumplir las metas de las políticas de desarrollo administrativo y se articula con otras políticas esenciales para la gestión pública, como la Política Antitrámites, la Política Nacional del Servicio al Ciudadano, la Política de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía, la Política Nacional Anticorrupción y la Política Nacional de Archivo y Gestión Documental, entre otras.

Reorganización del SISPRO con la creación de centrales de información. Con el fin de organizar la información de Salud y Protección Social que se encuentra dispersa en portales de diferentes entidades y sectores y para facilitar su uso por diferentes usuarios, el Ministerio avanza en la creación de las centrales de información de tal forma que se disponga en un solo sitio la información agrupada según temática, de las distintas fuentes relacionadas. En el 2015, el Ministerio creó la central al ciudadano (antes Sistema de Afiliación Transaccional) a la cual se tiene acceso en www.miseguridadsocial.gov.co, en la cual el ciudadano puede consultar su información y efectuar trámites relacionados con él y su grupo familiar. En 2016 se puso en operación la central de financiamiento, en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/home-financiamiento.aspx> con información relacionadas con el aseguramiento a través de los regímenes subsidiado y contributivo y el gasto en salud en el país. En 2017 se avanzó en la organización de las central de prestadores de servicios de salud con la disposición en un solo sitio de información relacionada, en www.sispro.gov.co/recursosapp, Transacciones y recursos, Prestaciones de

servicios de salud y en el rediseño de la central de gestión del conocimiento (bodega de datos). En la actualidad se trabaja en el rediseño de la forma como se exponen los recursos al ciudadano a través de los diferentes portales.

Mejoramiento continuo de los aplicativos en operación y desarrollo de otros para la gestión misional. En el fortalecimiento del SISPRO se desarrollaron y fueron puestos en producción 12 nuevos aplicativos web que apoyan la gestión institucional como ReTHUS (Resolución 3030 de 2014), Compras de cartera (Resolución 3029 de 2014), Deudas del régimen subsidiado (Resolución 260 de 2015), Tecnologías sin cobertura en POS para el régimen subsidiado (Resolución 1479 de 2015), Planes Financieros de Entes Territoriales, Giro directo de régimen subsidiado con factura (Resolución 1587 de 2016), Monitoreo de calidad (Resolución 256 de 2016), SAT (Decreto 2353 de 2015), MIPRES NoPBS (Resolución 3951 de 2016), Saneamiento de deudas de contratos del régimen subsidiado (Resolución 260 de 2015), Carta de derechos y deberes (Resolución 1379 de 2015), Servicios negados (Resolución 1683 de 2015), SIDAM, que administra el código de identificador único de medicamentos para que sea manejado de forma estándar por el INVIMA (Resolución 3166 de 2015).

Así mismo se efectuaron mejoras a los 28 aplicativos en operación y a la plataforma de transporte de archivo seguro PISIS con mayor oportunidad y completitud del reporte, consistencia de los datos, automatización de procesos. Entre ellas, en el aplicativo RIPS se implementaron medidas específicas para mejorar la consistencia del dato, la oportunidad en el reporte y la disposición de la información, con la eliminación del proceso de depuración y validación manual por procesos automatizados. Con esto, la disposición de datos a los diferentes usuarios que se hacía cada seis (6) meses a través de la bodega de datos del SISPRO, pasó a disponerse de manera mensual, con corte al mes anterior. En la PILA se unifican las reglas para la liquidación de aportes al SGSS, lo que permite que no se presenten diferencias de interpretación y por lo tanto se eviten inconsistencias para el aportante en su liquidación de aportes.

El Sistema de Gestión de Datos o bodega de datos del SISPRO, consolida, integra y dispone a través de un único repositorio la información proveniente de diferentes fuentes relevantes para el sector. En la actualidad, en la Bodega se gestionan alrededor de 35.000 millones de registros correspondientes a las 44 fuentes integradas, con 2.520 indicadores que deben actualizarse periódicamente según su definición y reporte de la fuente, lo que la constituye en un referente de información para la gestión del conocimiento del sector.

La Bodega ofrece la posibilidad que todos los usuarios consulten una única visión integrada de la información, con una ventaja adicional y es la generación del valor agregado que los datos de una fuente dan a los datos de otra fuente a partir de su integración en el SGD. A través de los servicios de consultas dinámicas, consultas predefinidas, mapas dinámicos, cubos de información, cruces y extracciones de datos, se apoya la gestión del conocimiento en el Ministerio, actores del sector, la academia y ciudadanía en general, disponible en www.sispro.gov.co. El promedio de consultas mensual a los cubos de información en 2017 fue de 122.249.

Así mismo el Ministerio efectuó la gestión, administración, mantenimientos y contrató los servicios de infraestructura tecnológica, conectividad y mesa de ayuda de primer nivel para garantizar la operación permanente de los 28 aplicativos misionales y la plataforma de transporte de archivos PISIS y los servicios de tecnologías de la información y las comunicaciones para la gestión administrativa de la entidad

Para las acciones descritas el Ministerio efectuó inversiones que ascendieron por año a: 2014, \$29.204,8 millones; 2015, \$29.639,3 millones; 2016, \$23.846,2 millones; 2017, 24.281,2 millones; y, 2018 (a marzo), \$11.574,3 millones.

8.5 Otros aspectos de gestión del MSPS y de las entidades del sector

Comunicaciones

En cumplimiento de las funciones contenidas en la Resolución 385 de 2011 del MSPS, el Grupo de Comunicaciones realiza difusión de políticas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y de la protección social, a través de diferentes canales de comunicación.

Uno de los pilares de la gestión es la relación con los medios de comunicación, para lo cual se realiza la producción de documentos escritos que son publicados en la página web, y enviados a los diferentes periodistas, quienes divulgan la información.

Durante el cuatrienio, la gestión produjo los siguientes resultados: redacción y publicación de 1.170 boletines de prensa, publicación de 2.322 fotografías y de 183 audios y enlace a 718 videos desde el canal oficial de YouTube del Ministerio.

Como consecuencia de ello, los medios de comunicación hicieron los siguientes registros:

Cuadro 133. Registros en medios de comunicación de información del MSPS y relacionados, 2014-2018

Tipo de medio	Número de registros
Prensa	17.430
Radio	10.216
Televisión	12.067
Medios digitales	30.139

Fuente: Grupo de Comunicaciones-MSPS

Los temas más relevantes informados fueron los siguientes: sanción e implementación de la Ley Estatutaria de Salud; creación e implementación del nuevo Modelo Integrado de Atención en Salud (MIAS); igualación de los planes de beneficios en salud; compra de cartera; situación financiera del sector salud; logros en vacunación; creación de la ADRES; eliminación de los Comités Técnico Científico y creación e implementación de MiPres; creación e implementación del procedimiento técnico científico en desarrollo de la ley estatutaria; nuevo marco regulatorio del cannabis medicinal; regulación de la muerte asistida para adultos y para menores de edad; y control de precios de medicamentos.

En el cuatrienio se produjeron un total de 18 campañas, se realizaron tres (3) contratos para la pauta en medios, cuatro (4) para la producción audiovisual y cuatro (4) para producción de material impreso, entre ellos un acuerdo marco de Colombia Compra Eficiente.

En materia de redes sociales, el balance general en materia de crecimiento de seguidores es el siguiente:

Cuadro 134. Crecimiento de seguidores en redes sociales 2014-2018

Red social	Crecimiento de seguidores nominal (porcentual)
Twitter	De 127.000 a 570.325 (448%)
Facebook	De 8.017 a 95.826 (1.195%)
Instagram	De 0 a 6.760
YouTube	De 325 a 7.858 (2.417%)

Fuente: Grupo de Comunicaciones-MSPS

En el último año, la gestión produjo los siguientes resultados: redacción y publicación de 248 boletines de prensa, publicación de 496 fotografías y de 22 audios y enlace a 364 videos desde el canal oficial de YouTube del Ministerio.

Como consecuencia de ello, los medios de comunicación hicieron los siguientes registros:

Cuadro 135. Registros en medios de comunicación de información del MSPS y relacionados, 2017-2018

Tipo de medio	Número de registros
Prensa	6.014
Radio	5.613
Televisión	57.096
Medios digitales	13.129

Fuente: Grupo de Comunicaciones-MSPS

Los temas más relevantes informados fueron los siguientes: Colombia libre de gripe aviar; asignación de plazas del servicio social obligatorio; proyecciones en salud por incremento del impuesto al tabaco y sus derivados; unificación de reglas de recaudo de aportes a la seguridad social; implementación de la plataforma MiPres; construcción de la política de derechos sexuales y reproductivos para personas con discapacidad; creación de la ADRES; logros en vacunación; avances en la implementación del procedimiento técnico científico para exclusiones; resultados de la implementación del MIAS; y atención en salud a migrantes.

Otro de los pilares de la comunicación tiene relación con las campañas masivas de comunicación. Durante el periodo del presente informe, se produjeron las siguientes campañas:

- **Prevención del consumo de sustancias psicoactivas:** con este mensaje se muestra que el consumo de estas sustancias, incluyendo el alcohol, obedece a la crianza de los niños y niñas, es por ello que con el mensaje audiovisual “El mejor regalo” se busca mostrar que el acompañamiento en todas las etapas de la vida, lleva a que los niños y adolescentes tomen mejores decisiones, autónomas, informadas y a consciencia.
- **Evasión de aportes parafiscales:** se llevaron a cabo reuniones desde el despacho de la Viceministra de Protección Social con delegados de la UGPP, con quienes se encontró que la evasión de los aportes parafiscales está ligada a un tema de desconocimiento y engaño a los usuarios del sistema Seguridad Social. Es por ello que el mensaje es muy informativo y da indicaciones simples sobre el correcto aporte al sistema.
- **Crecimiento y desarrollo:** este mensaje se realiza desde el área de promoción y prevención con el fin de incentivar el cuidado de los niños de 0 a 12 años, puesto que estos deben ser monitoreados médicamente para su correcto desarrollo.
- **Mi seguridad social:** esta serie de tres mensajes busca que las personas naturales, microempresas y grandes empresas se registren en el portal www.miseguridadsocial.gov.co, con el fin de poder consultar y realizar transacciones.

Además, se pautaron las siguientes campañas: prevención al consumo de sustancias psicoactivas, exclusiones, prevención del uso de pólvora, vacunación y prevención del sarampión.

Como soporte de los pilares anteriores, el Ministerio adelanta una estrategia digital de comunicación que arrojó los siguientes resultados:

Cuadro 136. Evolución de las redes sociales del Ministerio 2017-2018

Red social	Mensajes publicados	Crecimiento Nom. seguidores	Total seguidores
Twitter - @MinSaludCol	7.484	80.789	570.325
Red social	Me gusta nuevos	Alcance acumulado	Interacciones con Publicac.
Facebook - @MinSaludCol	914.251	2.304.833	160.907
Red social	Suscriptores nuevos (totales)	Reproducciones nuevas (totales)	Videos publicados
YouTube - @MinSaludColPrensa	2.279 (7.858)	1.367.588 (10.595.149)	200
Red Social	Seguidores nuevos	Total de seguidores	
Instagram - @MinSaludCol	1.495	6.760	

Fuente: Grupo de Comunicaciones-MSPS

Los temas más relevantes divulgados a través de las redes sociales fueron los siguientes: donación de sangre; consumo de frutas; derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud; control de la hipertensión; implementación de MiPres; reglas de la afiliación en salud; vacunación; nueva licencia de maternidad; salud bucal; prevención de la diabetes; lactancia materna; alimentación saludable; orientación sobre traslado de afiliados a

MEDIMÁS EPS; prevención al consumo de cigarrillo, acción contra los mosquitos; salud mental; prevención del uso de pólvora; prevención del cáncer de cuello uterino; control del sarampión; prevención de enfermedades respiratorias; salud para la paz; prevención y control del cáncer; y lanzamiento de la aplicación PosPópuli.

Otros reconocimientos y logros de gestión del Minsalud

El Gobierno Nacional reconoció el proyecto "Minsalud en lengua de señas, una historia incluyente", como la iniciativa grupal más importante del país en materia de servicio público durante el año 2017, por reflejar los valores de honestidad, respeto, compromiso, diligencia y justicia del Código de Integridad. La distinción fue recibida durante la celebración del Día Nacional del Servidor Público, en la cual se muestran la integridad y el deseo de los trabajadores del Estado de poner en práctica estrategias en favor de los colombianos.

"Minsalud en lengua de señas, una historia incluyente" es una iniciativa que busca incluir y atender a las personas sordas de una forma directa, con el objetivo de generar confianza en la población con discapacidad auditiva. La estrategia abarca a todos los servidores públicos que atienden de forma directa a los colombianos y se ha desarrollado por medio de capacitaciones en lengua de señas, la contratación de una persona sorda en el Grupo de Atención al Ciudadano y la posibilidad de autoaprendizaje de lengua de señas básica de los colaboradores del MSPS a través de la intranet.

También se resalta que la herramienta POS Pópuli, recibió el Premio u-GOB al Gobierno Digital en la categoría "proyecto de gobierno digital para gobierno extranjero".

Transparencia y Acceso a la Información Pública en el MSPS (Ley 1712 de 2014).

Dentro del marco de la Ley 1712 de 2014 y en concordancia con los estándares de publicación emitidos por el Ministerio de Tecnologías y la Secretaria de Transparencia de la Presidencia, el MSPS se ha propuesto trabajar de cara a la opinión pública, garantizando la total visibilidad y cumpliendo el derecho fundamental de acceso a la información pública contemplado en el artículo 74 de la Constitución Política y el artículo 4° y 24° de la Ley 1712 de 2014 propendiendo que la opacidad en la gestión sea la más baja dentro del sector salud y con ello lograr los mejores niveles de eficiencia y eficacia.

Es así como a través del enlace de transparencia dispuesto en el sitio web del Ministerio se publica proactivamente la información que da cuenta de su gestión, con una amplia participación de la ciudadanía, garantizando un acceso fácil, oportuno y de calidad. Lo anterior enmarcado dentro de las políticas de buen gobierno con altos estándares de seguridad de la información.

Adicionalmente con la publicación de la Resolución 019 de 2018, se adoptan los Instrumentos de Gestión de Información Pública, los cuales permiten que los ciudadanos tengan conocimiento de la información que pueden consultar a través del sitio web o física, como aquella que tiene características de reserva.

De igual manera y alineado con el objetivo del Plan Nacional de Desarrollo "Recuperar la confianza y legitimidad del sector salud", el Ministerio trabajó en la formulación de la Política de Participación Social en Salud, con la cual se busca dar respuesta a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones y debilidades que afectan la participación social en salud.

Así mismo y en concordancia con uno de los puntos claves asumidos en la Cultura de la Seguridad Social-transparencia y buen uso de los recursos públicos, el Ministerio y las organizaciones sociales de pacientes en Colombia, firmaron el "Pacto por la transparencia y por una cultura de la seguridad social en salud corresponsable", el cual fue firmado durante el Foro Nacional de la Cultura de la Seguridad Social en Salud que anualmente convoca

a todos los actores del sistema para reflexionar y generar consciencia sobre el buen uso y el carácter público de los recursos de la salud.

Adicionalmente, un año atrás, el MSPS se ubicó en el nivel de riesgo de corrupción moderado tras conocerse los resultados del Índice de Transparencia Nacional (ITN), en abril de 2017. El nivel de riesgo de corrupción moderado es el mejor alcanzado por las entidades evaluadas por la organización no gubernamental (ONG) Transparencia por Colombia.

En cuanto a los resultados del sector, éste presentó un avance de 4,8 puntos en los últimos dos años, al pasar de 70 en la medición correspondiente a los años 2013-2014, a 74,8 en el periodo 2015-2016. Esta calificación lo deja como el segundo del Gobierno con mayor puntaje, superado sólo por el de Comercio, Industria y Turismo.

Control Interno del MSPS

La Oficina de Control Interno (OCI) del MSPS, ha desarrollado su función de Evaluador Independiente del Sistema Integrado de Gestión Institucional, a través de las actividades de control asignadas en las diferentes disposiciones normativas, especialmente las consagradas en la Constitución Política, las Leyes 87 de 1993, 489 de 1998 y 872 de 2003 y sus decretos reglamentarios, unificados en el Decreto 1583 de 2015, modificado con los Decretos 648 y 1499 de 2017.

Obedeciendo a los lineamientos allí definidos, durante los periodos objeto del presente informe –2014 a 2017– y lo que va corrido del 2018, dicha oficina ha venido cumpliendo sus funciones de acuerdo con los roles asignados. Esta gestión ha quedado materializada principalmente en informes de auditoría y de seguimiento y evaluación, en los que se han consignado las recomendaciones con alcance preventivo, que han permitido ofrecer un valor agregado a la gestión de la organización con el propósito de fortalecer el sistema de control interno y calidad en la prestación del servicio.

Durante el periodo 2014–2017, la OCI continúa las actividades propias de cada uno de los roles asignados, priorizando el fortalecimiento en los siguientes temas:

Cuadro 137. Retos y logros de la OCI

Retos 2014-2017 (Qué nos propusimos hacer)	Logros 2014-2017 (Qué hicimos)
Optimizar seguimiento plan de mejoramiento de la Contraloría General de la República.	<p>Se trabajó en realizar un seguimiento pormenorizado de la eficacia de las acciones de mejora, con el propósito de solicitar a la Contraloría General de la República–CGR la verificación del cumplimiento de acciones formuladas en el plan de mejoramiento.</p> <p>A diciembre de 2014, el plan de mejoramiento con la CGR presentaba 1.247 acciones de mejoramiento. Durante el periodo agosto a noviembre de 2015 la CGR realizó Actuación Especial al Plan de Mejoramiento, tomando como base el reporte en el SIRECI con corte a junio de 2015. La CGR evaluó 1.181 acciones (cumplidas y no cumplidas) de las cuales cerraron 1.069 acciones. Producto de su evaluación concluyó que: “el cumplimiento del Plan de mejoramiento asciende al 90,5%, el cual se puede considerar como efectivo”.</p> <p>Igualmente en la auditoría regular por la vigencia 2016 (informe entregado en julio 2017) avalaron el cumplimiento de 169 acciones. Con la creación de la nueva entidad ADRES, antes Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social-DAFPS, se dio traslado a 27 hallazgos con 32 acciones de mejoramiento. En lo relacionado con la vigencia 2017, la CGR practica la auditoría financiera y en la misma se evalúan las acciones cumplidas en dicha vigencia.</p> <p>Con las nuevas suscripciones, el plan de mejoramiento del MSPS se encuentra constituido por 44 hallazgos, con 64 acciones de mejoramiento.</p> <p>Se realiza seguimiento periódico a las acciones de mejora y reporte de avance a la CGR semestralmente a través del Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes–SIRECI, de acuerdo con el vencimiento de las mismas.</p>

Retos 2014-2017 (Qué nos propusimos hacer)	Logros 2014-2017 (Qué hicimos)
Mejoramiento del proceso, procedimientos y metodologías con el fin de ajustarlas a un enfoque moderno del control interno fundamentado en el afianzamiento de la filosofía de la prevención y la anticipación.	De acuerdo con las nuevas directrices legales y metodológicas promovidas por el ente rector de política, se implementaron procesos de actualización de la documentación del proceso.
	Fortalecimiento de las metodologías empleadas por la Oficina para la formulación del Programa Anual de Auditorías.
	Fortalecimiento de las metodologías que aplica la Oficina de Control Interno en sus diferentes evaluaciones y seguimientos.
	Mejoramiento del proceso de seguimiento y evaluación de los riesgos.
Mejorar la acción de seguimiento a planes de mejoramiento	Seguimiento continuo a los Planes de Mejoramiento formulados por los responsables funcionales como producto de los informes de la Oficina de Control Interno.

Fuente: OCI

En relación con el rol de seguimiento y evaluación para el período se realizaron 39 auditorías, según cuadro adjunto.

Cuadro 138. Auditorías

Vigencia	Nombre del proceso y/o dependencia	Auditorías programadas
2017	Viceministerios	Fortalecimiento de capacidades técnicas de los actores del SGSSS.
	Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud	Proceso Gestión de Trámites y procedimientos administrativos
	Dirección de Financiamiento Sectorial	Planes Financieros Territoriales de Salud
	Subdirección de Gestión de Talento Humano	Bonos Pensionales expedidos por la Subdirección de Gestión de Talento Humano
	Oficina Jurídica	Gestión de Acciones Constitucionales
	Dirección Jurídica-Grupo Administración de Entidades Liquidadas	Procedimiento supervisión de contratos fiduciarios y liquidación de sentencias judiciales condenatorias
	Jefe Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación	Ciclo de vida y reingeniería de sistemas de información
	Subdirección de Gestión Financiera	Sistema Integrado de Información Financiera-SIIF
	Subdirección de Gestión de Talento Humano	Procedimiento de nómina
	Viceministros	Proceso GPP Formulación, Implementación, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas en Salud y Protección Social.
	Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud	Gestión de la Protección Social en Salud
	Subdirección Administrativa- Grupo Gestión Contractual	Gestión de Contratación
	Dirección de Promoción y Prevención	Gestión de las Intervenciones Colectivas
	Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria Subdirección de Prestación de Servicios	Gestión de la Prestación de Servicios en Salud
2016	Dirección de Promoción y Prevención	Determinar la eficacia y efectividad de su proceso de ejecución de recursos
	Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales	Gestión de la Planeación Organizacional
	Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud	Delegación de funciones públicas en los colegios profesionales del área de la salud
	UAE Fondo Nacional de Estupefacientes	Proceso de Gestión Contractual y el Proceso de valoración y registro de los costos de compra, producción y venta de los inventarios de medicamentos monopolio control del estado de la UAE-Fondo Nacional de Estupefacientes
	Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud	Proceso cálculo de la UPC de los regímenes Contributivo y Subsidiado
	Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud	Proceso ABC adjudicación, renovación y condonación de becas crédito en salud
	Grupo de Cooperación Internacional	Proceso GCI-Gestión de la Cooperación Internacional

Vigencia	Nombre del proceso y/o dependencia	Auditorías programadas
	Subdirección de Gestión de Talento Humano	Procedimiento de nómina, novedades de personal, remuneraciones y prestaciones
	Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud	Fiscalización de sustancias y productos FNE
	Subdirección Financiera	Sistema Integrado de Información Financiera-SIIF
2015	Proceso misionales y Grupo de Atención al Ciudadano	Participación ciudadana
	Dirección de la Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud	Roles y responsabilidades frente a la BDUA.
	Oficina de Promoción Social	Tema víctimas-Proyectos de inversión, asistencia y promoción social
	Administración de Entidades Liquidadas	Proceso y procedimientos que se siguen para los procesos liquidatorios de las entidades
	Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud	Articulación UAE Fondo Nacional de Estupefacientes
2014	Dirección de Promoción y Prevención Subdirección de Operaciones	Informe de auditoría proceso de adquisición de medicamentos y biológicos
	Oficina de Gestión Emergencias y Desastres	Informe de auditoría interna: Ejecución presupuestal rubro transferencias
	Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud; Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.	Informe auditoría roles y responsabilidades frente a la BDUA
	Jefe Oficina de Promoción Social	Tema víctimas-proyectos de Inversión, asistencia y promoción social.
	Participación Ciudadana	Procesos misionales y Grupo de Atención al Ciudadano
	Dirección medicamentos y Tecnologías en Salud	Informe de auditoría interna Proceso de Gestión de Regulación de Precios de Medicamentos-GRP
	Dirección Desarrollo del Talento Humano	Informe de auditoría interna: Tribunales de ética médica, odontología y enfermería
	Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupefacientes	Disponibilidad de medicamentos monopolio del Estado UAE-FNE
	Secretaría General	Informe de auditoría interna, proceso Sistema Integrado de Información Financiera-SIIF

Fuente: OCI

Dentro del Programa de Auditorías Internas de Gestión, para el III Cuatrimestre (julio –octubre) de 2017, la OCI hizo entrega del informe final de las auditorías de evaluación a la gestión de acuerdo con el Programa de Auditoría aprobado por el Comité Sistematizado de Control Interno.

En cada proceso el auditor realiza la identificación y análisis de la información obtenida, presentando los informes correspondientes con las conclusiones, hallazgos, observaciones y/o recomendaciones para la formulación de las acciones de mejoramiento pertinentes.

Para la vigencia 2018, en reunión del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, la OCI presenta la propuesta de Plan Anual de Auditorías a desarrollar durante la vigencia, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 648 de 2017 y de acuerdo con los criterios previamente establecidos, análisis de las auditorías realizadas durante los años 2015 a 2017 (realizado, pendiente y plan de mejoramiento), revisión del mapa de riesgos institucional de cada uno de los procesos publicado en la página web a febrero de 2018, Informe de evaluación por dependencias a enero de 2018 (plan de acción y ejecución financiera), análisis y propuesta por parte de la OCI sobre los procesos y procedimientos de mayor relevancia para ser auditados en 2018, incluidas dos (2) auditorías de la vigencia 2017 y 9 auditorías adicionales (2 en procesos estratégicos, 4 misionales y 3 de apoyo). Se incluyó

una adicional (por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno), relacionada con el proceso de asunción temporal de competencias de La Guajira (CONPES 3883 de 2017).

De igual forma, se realizaron 77 informes de seguimiento en atención a disposiciones legales durante la vigencia 2017, 76 en 2016 y 92 en 2015. Para la vigencia 2018, se han llevado a cabo 25 informes de seguimiento y control a los distintos procesos misionales y de apoyo.

De otra parte, se llevaron a cabo diferentes mecanismos de prevención como Fomento del Autocontrol, a través de publicaciones de boletines informativos en el mes de julio-agosto y septiembre de 2017, sobre los temas de interés del servidor público y contratistas como: “Proyecto de Ley que penaliza los actos de Corrupción” “Informativo de Evaluación y Seguimiento” y “Procesos de autoevaluación–creando espacios para la mejora”. Para el 2018 se han publicado 4 boletines relacionados con la evaluación por dependencias, mapas de riesgos, roles de la OCI y Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

También se realizó seguimiento, verificación y control de respuesta a 120 requerimientos recibidos de los entes de control (promedio mensual de 30 requerimientos), generando correos de alerta para su oportuna respuesta mediante el uso del correo institucional.

Fenecimiento de la cuenta fiscal del MSPS según las auditorías realizadas por la CGR

En 2018 y por tercer vez consecutiva desde la creación del MSPS en 2011, la Contraloría General de la República (CGR) feneció la cuenta fiscal del Ministerio, como producto de la auditoría que realizó a la vigencia 2017. El fenecimiento se obtuvo por primera vez en lo correspondiente a las auditorías fiscales de la vigencia 2015.

Cooperación y Relaciones Internacionales en el MSPS

Gestión Estratégica de la Cooperación Internacional

En materia de cooperación internacional, se avanzó en lo siguiente:

- **Mobilización de recursos de la Cooperación Internacional**

Se movilizaron 25 iniciativas de cooperación internacional por un valor de US\$48.473.945 para atender las prioridades sectoriales de política pública, fortalecer el sistema de salud y contribuir a mejorar la situación de salud de la población.

- **Apoyo a la implementación de acuerdos de Paz**

Desde 2016, se viene adelantando una estrategia de movilización de recursos de cooperación internacional con el fin de contribuir a los retos del sector salud derivados de la implementación del acuerdo de paz, relacionados fundamentalmente con el cierre de brechas de equidad salud. A la fecha se han logrado movilizar USD\$4.931.000, en tres proyectos (ver cuadro siguiente):

Cuadro 139. Proyectos financiados con recursos de cooperación internacional

Proyecto	Objetivo	Valor	Financiador	Ejecutores
Salud para la paz fortaleciendo comunidades	Desarrollo de capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud con énfasis en SSR, salud mental, prevención consumo de SPA, atención a la infancia y desnutrición en 25 Mpios. donde se localizan los ETCR.	USD\$ 2.831.000	Fondo Multidonante de las Naciones Unidas	Organización Internacional para las Migraciones-OIM, Organización Panamericana de la Salud-OPS y Fondo de Población de las Naciones Unidas

Proyecto	Objetivo	Valor	Financiador	Ejecutores
Salud mental en el posconflicto	Mejorar la salud mental en la población estigmatizada y de zonas de conflicto a través de intervenciones y diagnósticos basados en la evidencia.	USD\$ 800.000	<i>Danida Fellowship Center</i>	Instituto <i>Dignity /</i> Universidad Externado de Colombia
Memorando de Entendimiento	Implementar la Encuesta sobre el Bienestar y la Salud en la Niñez y Adolescencia en Colombia-EBSANA.	USD\$ 1.300.000	Centros para el control y prevención de enfermedades CDC	Organización Internacional para las Migraciones-OIM

Fuente: Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales – MSPS

• Ejercicio de coordinación Sistema de Naciones Unidas

En el periodo 2014-2018 el Ministerio lideró un ejercicio de coordinación de la cooperación internacional con el Sistema de Naciones Unidas. Como resultado de este proceso de coordinación se alcanzaron los siguientes resultados:

- Alineación de la cooperación a tres prioridades estratégicas del sector salud. Plan Decenal de Salud Pública, salud y posconflicto y fortalecimiento del sistema de salud.
- Inclusión de prioridades en salud en el Marco Acción del Sistema de Naciones Unidas en Colombia -UNDAF y marcos de cooperación de las agencias del sistema (OIM, UNFPA, PMA, UNODC, FAO, UNICEF, OPS) en el periodo 2014-2018.
- Movilización de 2 millones de dólares del Fondo Multidonante de la ONU para cofinanciar el proyecto “Salud para la Paz: fortaleciendo comunidades”, que busca el desarrollo de capacidades para la atención primaria en salud en 25 municipios donde se ubican los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR).
- Gestión de Convenios de Cooperación Internacional por valor de \$45.802.774 con Agencias del Sistema de Naciones Unidas, en alineación con el Modelo Integral de Atención en Salud.

• Diseño de un marco de evaluación de la Cooperación Internacional.

El Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales del MSPS lideró el diseño de un marco de evaluación, seguimiento y monitoreo de la cooperación internacional. Igualmente se realizaron dos (2) pilotos de evaluación de la cooperación internacional. El primero con la Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas-FIIAPP, utilizando como caso piloto un convenio con la Organización Internacional para las Migraciones-OIM y el segundo con el Centro CLEAR del Banco Mundial, en torno a un convenio con Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura-FAO.

• Atención en Salud a ciudadanos extranjeros y acciones de salud pública en zonas de frontera

El Ministerio ha adelantado acciones que permitan garantizar la atención de urgencias y algunos servicios de atención primaria en salud, a los ciudadanos extranjeros proveniente de los países con quienes el país comparte frontera de salud, obteniendo como principales resultados:

Se incluyó un título de gasto en la ley de presupuesto desde 2016 y se trabajó en el Decreto 866 de 2017 para hacer posible el giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de países fronterizos. Igualmente, se emitió la Resolución 5305 de 2017 por la cual se efectuó la distribución y asignación de 6 mil millones de pesos a 14 departamentos, con este mismo objetivo.

Se suscribieron acuerdos binacionales para garantizar la atención recíproca de salud en urgencias y emergencias en la zona de frontera con Ecuador y Perú.

El Ministerio formuló y puso en marcha un Plan de Respuesta del Sector Salud para la Atención de Prioridades en Salud derivadas de la Migración de Población proveniente de Venezuela y se encuentra realizando gestiones de cooperación internacional en el marco del mismo. Al respecto, se destaca la gestión con la Embajada de Estados Unidos, a partir de la cual se han aprobado USD\$ 500.000 que serán canalizados a través de la OPS.

Se adelantaron acciones de salud pública en zonas fronterizas en el marco de acuerdos y procesos con binacionales con Ecuador, Panamá, Perú y Brasil.

Gestión estratégica de las Relaciones Internacionales

En materia de relaciones internacionales, se avanzó en lo siguiente:

- **Incidencia en la Agenda de Salud Global**

Durante el periodo se establecieron mecanismos para identificar y priorizar los escenarios internacionales prioritarios para el posicionamiento de los intereses nacionales en materia de salud pública. Con base en ello se viene desarrollando una estrategia, que –a través de la diplomacia– le permite al país continuar posicionándose y defender sus intereses nacionales en la agenda global.

Como principales logros se destacan:

- Presencia del país, representado por el Ministerio o por las embajadas de Colombia, en espacios internacionales relevantes en materia de salud pública. Se resalta el liderazgo alcanzado en los escenarios y agendas de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Consejo Suramericano de Salud de UNASUR, el Organismo Andino de Salud, la Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud, el Sistema Mesoamericano de Salud Pública, y el Comité de Salud de la OCDE.
- Incidencia internacional en asuntos prioritarios para el país. Al respecto, se destaca la resolución sobre medicamentos biotecnológicos adoptada por la OMS en 2014, la resolución sobre medición de la mortalidad materna adoptada por OPS en 2015 y el documento de resultados de la Sesión Especial sobre Drogas de la Asamblea General de la ONU en 2016.
- Cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de salud adquiridos por el país en el marco de instrumentos internacionales jurídicamente vinculantes, como son: el Convenio Marco para el Control de Tabaco de la OMS y el Reglamento Sanitario Internacional.

- **Ingreso de Colombia a instancias directivas de Organismos Internacionales prioritarios**

Con el objetivo de tener un mayor liderazgo e incidencia en los asuntos de la agenda global de salud, Colombia presentó su candidatura y entró a formar parte del Consejo Ejecutivo de la OMS para el periodo 2016-2019 y del Comité Ejecutivo de la OPS para el mismo periodo.

De igual forma, ejerce la Presidencia Pro Témpore de la Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud y ejerció esta misma posición en el Sistema Mesoamericano de Salud Pública entre julio de 2016 y junio de 2017.

- **Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud**

El MSPS, en calidad de Presidencia Pro Témpore de la Conferencia Iberoamericana, realizó en septiembre de 2016, la XV Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud, con el objetivo de abordar las principales problemáticas que afectan la salud de los jóvenes iberoamericanos, e impulsar la elaboración de herramientas técnicas que

orienten el diseño y la implementación de políticas públicas de salud para jóvenes. Dentro de los principales resultados se destaca la firma de la declaración ministerial y las gestiones adelantadas para avanzar en su implementación.

- **Sistema Mesoamericano de Salud Pública**

Colombia asumió la Presidencia Pro-Témpore del Sistema Mesoamericano de Salud Pública–SMSP entre julio de 2016 y junio de 2017. Durante su gestión, el MSPS impulsó el proceso de reingeniería del Sistema. Como resultado de este proceso, se destaca la aprobación de un marco estratégico del SMSP; la actualización del reglamento del SMSP; la revisión de los planes nacionales y la elaboración de un cronograma para la gestión de recursos de cooperación para financiar las actividades del Sistema. Durante este proceso, se realizaron dos reuniones del SMSP en Colombia.

- **Proceso de Ingreso a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico–OCDE**

La revisión de la OCDE al sector salud tuvo lugar entre septiembre de 2014 y junio de 2015. Durante este periodo el Ministerio consolidó la información del sector que se presentó a la OCDE, mediante cuestionarios y documentos técnicos.

En junio de 2015, el Ministro de Salud y Protección Social participó en el 17° Comité de Salud de la OCDE. Como resultado, la OCDE elaboró un informe técnico de acceso con recomendaciones al sector y emitió concepto favorable para el acceso en lo concerniente al sector salud.

Para el periodo 2017-2018, se resaltan los siguientes resultados en materia de cooperación internacional:

- **Apoyo a la implementación de acuerdos de Paz**

Se logró la implementación del proyecto “Salud para la Paz Fortaleciendo comunidades” por valor de \$USD 2.831.000 con los siguientes logros específicos:

- Organización operativa a nivel nacional y territorial en 25 municipios de 14 departamentos.
- Fortalecimiento de los equipos de salud de las IPS.
- Conocimiento detallado de la situación en salud de los municipios.
- Alianzas estratégicas de cooperación con agencias y programas de las Naciones Unidas, fundaciones, instituciones y ONG.
- Inicio de la implementación de un nuevo proyecto de cooperación internacional financiado por el Gobierno de Dinamarca para la investigación en salud mental en el posconflicto para poblaciones estigmatizadas por US\$800.000 por 3 años, con la posibilidad de una segunda fase de desarrollo por USD\$1.700.000.
- Formulación de proyectos presentados a la Unión Europea, el Fondo Abu Dabi de Emiratos Árabes, Fundación Alpina, Claro, Embajada de Israel, entre otros.

- **Fortalecimiento del Sistema de Salud e implementación del Plan Decenal de Salud Pública**

- Suscripción de Memorandos de Entendimiento con Dinamarca, Noruega, la Federación Mundial de Hemofilia y *AidsHealth Foundation*.
- Se está implementando con EuroSocial una propuesta de cooperación técnica para la transversalización del enfoque de género en las políticas públicas de salud.
- Se está realizando un proceso de evaluación que permitirá medir el impacto social y alcance logrado por la cooperación con la Agencia Francesa de Desarrollo.

- Se está implementando el Memorando de Entendimiento Suscrito con el Establecimiento Francés de Sangre para actualización del marco normativo de la transfusión sanguínea y construcción de lineamientos para la promoción de la donación de sangre.
- Acompañamiento al Instituto de Cancerología con la Cooperación de la Embajada de Japón, para concretar la donación de equipos médicos especializados.
- Identificación de la iniciativa de proyecto de Innovación-*Big Data Epidemics* con UNICEF Colombia y Nueva York, que se propone realizar en conjunto con el Instituto Nacional de Salud.
- Gestión de donaciones de insumos médicos y vacunas con Brasil y alianza con la Fundación Éxito para el fortalecimiento de los Bancos de Leche Humana y las Salas Amigas de Lactancia Materna, entre otros.

En materia de relaciones internacionales se destacan los siguientes resultados:

- **Participación en la Organización Mundial de la Salud**

Como miembro del Consejo Ejecutivo de la OMS, el Ministerio participó activamente en las reuniones ordinarias y extraordinarias de los órganos deliberantes, dentro de las cuales se destacan: la reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo realizada en noviembre de 2017 en Ginebra, durante la cual se analizó y discutió la propuesta del 13º Programa General de Trabajo para el periodo 2019–2023.

Asimismo, el Ministerio participó activamente en discusiones de diversa índole a nivel internacional en el marco de la OMS, como la “Conferencia Mundial de la Salud sobre Enfermedades no Transmisibles”, realizada en Montevideo en octubre de 2017 y la Primera Conferencia Ministerial sobre la Eliminación de la Tuberculosis, que tuvo lugar en noviembre de 2017, en Moscú.

- **Proceso de Ingreso a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico–OCDE**

Con el fin de contar con información actualizada sobre el cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la OCDE, se realizaron gestiones para conformación de un comité de coordinación y seguimiento. De igual manera, se trabajó en la revisión y ajuste de las estadísticas de salud, para consolidar los reportes nacionales que deben ser presentados a la Organización periódicamente.

- **Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud**

- Con el objetivo de avanzar en el cumplimiento de los compromisos derivados de la XV conferencia, realizada en Colombia en 2016, el Ministerio elaboró de manera conjunta con los países de la región y con algunas agencias del sistema de naciones unidas, los términos de referencia para realizar unas consultorías para la implementación de los acuerdos alcanzados.
- Se realizaron las gestiones pertinentes para la consecución de recursos para adelantar los compromisos acordados y en este sentido se solicitó apoyo técnico a diferentes agencias de cooperación.
- Se solicitó a los países la información pertinente para el desarrollo de las líneas bases y caracterizaciones contempladas en los compromisos de la declaración.

GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS–INVIMA

Ejecución presupuestal

El INVIMA como entidad pública y autoridad sanitaria ha ejecutado su presupuesto de funcionamiento e inversión para actividades de inspección vigilancia y control como aporte a la protección y promoción de la salud de los colombianos, así mismo ha venido implementando estrategias administrativas encaminadas al mejoramiento de la ejecución presupuestal de la entidad, lo cual muestra un aumento significativo en el porcentaje de ejecución que va de la mano con el cumplimiento de la meta del sector, a continuación, la ejecución del presupuesto desde 2014 a febrero de 2018:

Cuadro 140. Ejecución del presupuesto INVIMA 2014–Feb 2018

Año	Funcionamiento			Inversión			Total		
	Apropiación	Ejecución	%	Apropiación	Ejecución	%	Apropiación	Ejecución	%
2014	99.250.700.000	77.453.315.806	78%	44.308.776.720	39.719.304.837	90%	143.559.476.720	117.172.620.643	82%
2015	98.541.139.396	89.596.632.677	91%	50.675.100.000	41.254.059.304	81%	149.216.239.396	130.850.691.981	88%
2016	100.646.413.500	96.641.685.271	96%	34.989.995.800	31.407.339.430	90%	135.636.409.300	128.049.024.701	94%
2017	114.630.333.408	105.146.454.612	92%	42.000.000.000	39.739.382.407	95%	156.630.333.408	144.885.837.019	93%
Avance 2018	122.007.350.000	24.026.705.719	20%	55.174.000.000	17.131.934.211	31%	177.181.350.000	41.158.639.930	23%

Fuente: SIIF Nación

Sistemas de gestión

El INVIMA es una entidad estructurada organizacionalmente, orientada por procesos y que genera valor público, a marzo de 2018 la entidad cuenta con las siguientes certificaciones o acreditaciones:

- Clasificada como Autoridad Reguladora Nacional de Medicamentos de Referencia de OPS Nivel IV desde 2010. Verificación de la OPS donde se mantiene el reconocimiento como Autoridad Reguladora Nacional de Referencia Regional Nivel IV, en 2016
- Certificación Icontec bajo los requisitos de la norma NTC ISO 9001 y NTCGP 1000, certificada desde Oct.-2010. Renovación de la certificación en 2016. Ampliación del alcance a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015, en octubre de 2017.
- Acreditación ONAC de los Laboratorios bajo los requisitos de la norma NTC ISO/IEC 17025:2005

Simplificación de trámites

Con el fin de continuar con las acciones de racionalización de trámites, el Invima ha realizada las siguientes acciones de racionalización de trámites beneficiando a los usuarios en la reducción de los tiempos de respuesta.

Cuadro 141. Simplificación de trámites

Año	Tipos de racionalización	Trámites	Observaciones
2018	Tecnológica	3 trámites identificados para racionalizar	A febrero de 2018 se identificaron que son posibles de racionalizar
	Administrativa	4 trámites posibles de racionalizar	
2017	Normativa	6 trámites racionalizados,	Se aplicaron las acciones de racionalización de eliminación de trámite y Reducción del tiempo de respuesta o duración del trámite
	Administrativa	3 trámites racionalizados	Se aplicaron las acciones de racionalización de eliminación de trámite, Reducción del tiempo de respuesta o duración del trámite y Reducción del tiempo de respuesta o duración del trámite

Año	Tipos de racionalización	Trámites	Observaciones
2016	Tecnológica	14 trámites racionalizados	Se aplicaron las acciones de racionalización de Descarga y/o envío de documentos electrónicos, Optimización del aplicativo y Validación de datos a través de medios tecnológicos
	Normativa	2 trámites racionalizados	Se aplicó la acción de racionalización Eliminación del trámite u otros procedimientos administrativos
	Administrativa	2 trámites racionalizados	Se aplicó la acción de racionalización Fusión del trámite u otros procedimientos administrativos
2015	Administrativa	8 trámites racionalizados	Se aplicó la acción de racionalización Otro, estandarización de formulario
	Tecnológica	19 trámites racionalizados	Se aplicó la acción de racionalización Envío de documentos electrónicos
2014	Administrativa	1 trámite racionalizado	Se aplicó la acción de racionalización Otro, estandarización de formulario
	Normativa	4 trámites racionalizados	Se fusionaron los pagos, actualmente se realiza un solo pago para ambos trámites

Fuente: INVIMA. Oficina Asesora de Planeación

Transparencia

En el marco de las acciones encaminadas a la comunicación más efectiva entre la entidad y los ciudadanos y el acceso a la información, como una forma de promover el uso y consumo responsable de los productos objeto de vigilancia del instituto y con el fin de mitigar el riesgo de corrupción al interior de la entidad que mejore las relaciones de confianza con la ciudadanía en general, el INVIMA ha obtenido los siguientes resultados:

- Es la sexta entidad más transparente de acuerdo con el Índice de Transparencia Nacional de las Entidades Públicas 2015-2016 y primera en el sector salud, presentando un avance en la calificación y mejorando 8 puestos respecto a la medición anterior.
- En Datos Abiertos: es la Número 1 entre 131 entidades del sector salud.
- Fortalecimiento de la educación sanitarias: en el 2016, se lanzó “A lo Sánchez”, serie web de 8 capítulos transmitidos por redes sociales y canal institucional, que logró 2.208.748 y 10.255.292 personas alcanzadas mediante las publicaciones de Publímetro, YouTube y Facebook.
- Así mismo se lanzó la campaña “Milagrosos sospechosos”, alertando a la población sobre productos que abundan en internet y las redes sociales prometiendo resultados rápidos y extraordinarios y que tienen un común denominador: son fraudulentos y ponen en riesgo la salud de los colombianos. Por lo cual, busca resaltar la importancia del registro sanitario INVIMA como sello de seguridad y calidad e invita a los ciudadanos a siempre verificarlo antes de comprar y consumir cualquier producto. Por redes sociales (Facebook, Twitter, YouTube), logrando 1.527 clics, alcance de 1.037.287 y 578.216 visitas, respectivamente.
- Participación en rutas de integridad: La Secretaria de Transparencia de la Presidencia, en su esfuerzo por promover la integridad y la cultura de la legalidad en la sociedad –con apoyo de ACTUE– diseñó e implementó las Rutas de la Integridad innovadoras para la promoción de la cultura de legalidad, proyecto que, a partir de actividades, herramientas y talleres, permite que diferentes públicos se informen, reflexionen y propongan formas de construir y cuidar lo público.

GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD–INS

Gestión del conocimiento

- Se elaboraron un total de 225 documentos técnicos que incluyeron: artículos científicos, guías, protocolos, boletines, videos, flujogramas instructivos, manuales, entre otros.
- Se elaboraron 59 informes técnicos de laboratorio que aportan para la vigilancia de los eventos de interés en salud pública de enfermedades transmisibles, no transmisibles-condiciones crónicas, ambientales, emergentes, re-emergentes y desatendidas.
- Se generaron y divulgaron 71 lineamientos científicos técnicos con énfasis en vigilancia, redes especiales, metrología, calidad de agua, estándares de calidad y normas de acreditación.
- Se elaboraron y publicaron 26 informes de gestión de las Redes Nacionales de Laboratorios, Bancos de Sangre y servicios de transfusión y Red de donación de trasplantes de órganos y tejidos.

Sistemas de información

- Red DATA INS (primera fase): sistema de información para la administración de información de la Red y puesta en producción para los actores de la red de Donación y Trasplantes.
- SIHEVI: Desarrollo y lanzamiento del aplicativo donde se pusieron en producción 12 módulos.
- SIVILAB: Inicio en el desarrollo del Sistema de información para los Laboratorios de Salud Pública y el INS. Este armonizara los procesos de recepción de muestras, los otros sistemas de información (SIVICAP, SIVIEN y el de los Programas de Evaluación de Desempeño).

Otros aspectos de gestión del INS

En la actualidad el INS cuenta con 3 trámites y 6 procedimientos administrativos inscritos en el Sistema Único de Información y Trámite–SUIT. Desde 2016 se ha aplicado la estrategia de racionalización administrativa, normativa y tecnológica; de tal suerte, que en el primer año –entre otros– se logró abreviar los tiempos de entrega, de bienes y servicios. En 2017 se procedió aplicar la Ley 1805 de 2016 en 1 OPA y se implementó en 3 procedimientos administrativos–OPAs el botón PSE para cotizaciones y pago en línea de algunos bienes y servicios.

De igual manera, con relación al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, éste se ha venido publicando de acuerdo con la normatividad vigente, así como la estrategia anual de rendición de cuentas a la ciudadanía, documentos publicados en la web en la parte de transparencia.

Sistema de Gestión

El INS, desde el año 2011 está certificado en las normas técnicas de calidad NTCGP-1000: 2009 e ISO 9001:2008, mediante las cuales se especifican los requisitos que permiten mejorar el desempeño y la calidad de los productos o servicios institucionales.

En 2014, mediante auditoría externa, se otorgó renovación de dicha certificación al sistema de gestión por tres años, evidenciando una vez más el cumplimiento en la entidad de los requisitos de las normas citadas previamente. Actualmente la entidad se encuentra recertificada en la norma ISO 9001 en su versión 2015 por la firma SGS Colombia, quien mediante auditoría externa otorgó la certificación por tres años y la cual vence en el año 2020.

De otra parte, el INS –por ser una entidad de naturaleza científica y técnica que tiene como objeto: i) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; ii) realizar investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina; iii) la promoción de la

investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; iv) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; la producción de insumos y biológicos; y v) actuar como laboratorio nacional de referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del SGSSS y del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación– cuenta con la acreditación en la norma NTC ISO IEC/17025 y la certificación en BPM para la producción de suero antiofídico polivalente.

De igual forma el INS cuenta con una metodología documentada y estandarizada para gestionar en cada vigencia los riesgos tanto de gestión como de corrupción y a los cuales se les hace seguimiento a través de controles establecidos, evitando su materialización.

Para el 2018 se están racionalizando dos trámites aplicando la racionalización tecnológica, en el sentido que la ciudadanía pueda hacer el seguimiento al estado del trámite vía electrónica y con notificaciones al ciudadano vía correo electrónico.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-INC

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública y alineado con el Plan de Desarrollo Institucional 2015-2018, el instituto continúa trabajando por el control del cáncer a través de las líneas de prevención, detección temprana, tratamiento y cuidado paliativos, enfocados en los objetivos de la atención y cuidado de pacientes, la investigación, docencia y salud pública, cumpliendo de esta forma con las metas definidas en el Plan Decenal para el Control del Cáncer que busca “posicionar el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de esta enfermedad en Colombia” y para lo cual se vienen desarrollando estrategias como las que se presentan a continuación:

Control del riesgo

Infección del Virus del Papiloma Humano (VPH)

2014-2015: Se inició con el monitoreo de la efectividad de la vacuna tetravalente contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Colombia. Se logró establecer la prevalencia futura de infecciones por VPH en mujeres entre 18 a 25 años de dos sitios centinela (Girardot-Cundinamarca y Manizales-Caldas).

2015-2016: Se validó la medición de VPH en orina para niñas menores de 17 años como técnica para el monitoreo de la vacuna.

2016-2017: Se realizó monitoreo en mujeres vacunadas y no vacunadas en Manizales y se determinó metodología para monitoreo de VPH en lesiones pre-neoplásicas. Se realizó el diseño de guión para serie educativa para promover la confianza pública en la seguridad de la vacuna.

2017-2018: El INC se preocupa por hacer el seguimiento de la efectividad y seguridad de la vacuna, en este sentido apoya al MSPS en la difusión de la seguridad de la vacuna. En octubre de 2017 se realizó la presentación oral de los resultados preliminares de la efectividad de la vacuna en el congreso de EUROGIN 2017 en Ámsterdam (Países bajos)⁸⁹.

⁸⁹ Periodo comprendido entre junio y abril de cada año

Control del consumo de tabaco

2014-2015: Se ejecutó un piloto para monitoreo para el control de consumo de tabaco en cinco localidades de Bogotá, en una conocida cadena de pubs utilizando el medidor Sidepack de partículas de PM2.5 con el ánimo de replicar la experiencia a mayor escala.

2015-2016: El INC hizo un completo manual de aplicación que sirve de guía para la industria para imprimir correctamente las advertencias en sus empaques. Cada año se produjeron más de 600 adaptaciones para que ocuparan exactamente el 30% de cada una de las caras principales del producto de acuerdo con lo establecido en la Ley 1335 de 2009 y la Resolución 3961 del mismo año. Gracias a la gestión del INC, se obtuvo el Proyecto de Ley 007/2015 para aumentar el tamaño de las advertencias sanitarias.

2016-2017: Se logró la articulación entre MinSalud, sociedad civil (Veeduría, REDCUPS) e INC en los temas relacionados con el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco–CMCT. Igualmente, apoyo al fortalecimiento del talento humano en salud con el documento: Cesación tabáquica: Compilación de las recomendaciones actualizadas para profesionales de la salud en Colombia (INC, 2016).

2017-2018: Participación en el Convenio Marco para el control del Tabaco. Colombia junto con el Salvador fueron los dos únicos países de la región de las Américas que fueron seleccionadas para el proyecto FCTC 2030. Este proyecto apoyará la implementación del Convenio en el país hasta el 2021. En noviembre, se realizó un evento con la participación de una comisión internacional compuesta por delegados del secretariado del CMCT de la Organización Panamericana de la Salud y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Se realizó la presentación en el Minsalud del proyecto de cesación tabáquica–intervenciones preventivas sobre los factores de riesgo del comportamiento con el tratamiento individual del tabaquismo–PRIORITIP. Adicionalmente, se dio el acuerdo de voluntades para el diseño del programa de investigación de la sinergia INC-REDCUPS: Universidades y tabaco. El INC se hizo partícipe en el Convenio Marco para el control del tabaco.

Cancerígenos ocupacionales

2015-2016: Se firmó convenio con el Ministerio de Trabajo para elaborar y ejecutar proyecto de investigación para evaluar en el sector trabajador formal e informal la exposición a carcinogénicos (asbesto, sílice, benceno) en 40 talleres.

2016-2017: Se logró convenio interadministrativo entre el Ministerio de Trabajo, Positiva Compañía de Seguros y el INC en esta materia. Se desarrolló una estrategia para formulación de acciones de mejora de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en talleres de mantenimiento de vehículos en Bogotá.

2017-2018: Acompañamiento al trámite legislativo del Proyecto de Ley 61/2017 Senado, “Por el cual se prohíbe el uso de asbesto en el territorio nacional y se establecen garantías de protección a la salud de los colombianos frente a sustancias nocivas. "Ana Cecilia Niño".

Promoción de la detección temprana

2014-2015: Se elaboraron manuales en detección temprana de cáncer de próstata, colon y recto y piel.

2015-2016: Publicación de 4 manuales para prestadores primaria: Detección temprana de cáncer de colon y recto, cáncer de próstata, cáncer de mama y cáncer de piel. Se publicaron tres boletines electrónicos Hechos y Acciones.

2016-2017: Se realizó el análisis del capítulo de detección temprana del cáncer de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2015, en sus 4 componentes (cáncer de cuello uterino, mama, próstata y colorectal).

Estrategia “Ver y tratar” en los departamentos del Amazonas, La Guajira, Vichada, Arauca, Caquetá, Tumaco, Buenaventura, Yopal y Meta.

2017-2018: En 2017, se puso en marcha el proyecto de creación del Centro de Prevención y Detección Temprana del Cáncer–CPRED en la sede San Juan de Dios, el cual fue inaugurado en febrero de 2018. Se suscribieron convenios interadministrativos con las Secretarías Departamentales de Santander y Casanare, para el fortalecimiento de capacidades de profesionales de salud de primer nivel de atención para la detección temprana del cáncer.

Promoción de la integralidad del tratamiento

2014-2015: El INC apoyó al MSPS en la verificación previa de condiciones técnico científicas de habilitación de 503 servicios oncológicos. Se logró la caracterización de los servicios oncológicos pediátricos en Colombia.

2015-2016: Se realizó divulgación del modelo de Atención y Cuidado del Paciente con Cáncer. Se generaron recomendaciones para la reglamentación de las Leyes 1384 y 1388 de 2010, Unidades Clínicas Funcionales y habilitación de redes.

2016-2017: El INC cumplió con el convenio interadministrativo con el MSPS cuyo objetivo era la verificación de condiciones técnico científicas de habilitación de servicios oncológicos. Se realizó el apoyo y verificaron 184 servicios oncológicos en el país en 48 Instituciones prestadoras de servicios de salud y 19 prestadores independientes.

2017-2018: En 2017 se publicó el boletín electrónico Servicios Oncológicos en Ambitos Territoriales del MIAS–Colombia, 2017.

Modelo de cuidado paliativo

2015-2016: El INC obtuvo el primer manuscrito de modelo de cuidados paliativos y apoyó al MSPS en este tema. Igualmente se realizó una reunión de expertos internacionales para su discusión.

2016-2017: Se realizó alianza estratégica OPNICER, proyecto de cuidados transicionales y se obtuvo un contrato con Secretaría de Salud para la prestación de servicios de cuidado paliativo para el paciente con cáncer.

2017-2018: Como serie de documentos técnicos INC No. 6, se publicó el Modelo de Soporte Integral y Cuidado Paliativo al Enfermo Crónico, en 2017.

Vigilancia epidemiológica del cáncer

2015-2016: Se realizó la publicación del libro Cáncer en Colombia 2007–2011 como un elemento de la vigilancia epidemiológica del cáncer en Colombia, que muestra las cifras de incidencia, mortalidad por departamento y según patologías.

2016-2017: Se publicó el Anuario 2013. Se realizó el análisis de mortalidad en la base de datos del DANE, 2014. Se realizaron 4 convenios con registros poblacionales de Barranquilla, Bucaramanga, Pasto y Manizales.

2017-2018: En agosto de 2017 se realizó el lanzamiento oficial de la página web INFOCANCER, Sistema de Información de Cáncer en Colombia. Se realizó la publicación del Anuario 2014, el Atlas de mortalidad 2007-2011, el boletín epidemiológico No. 9 sobre vigilancia epidemiológica del cáncer, resultados de la notificación a SIVIGILA 2015 en menores de 18 años; adicionalmente, se realizó el análisis de mortalidad en la base de datos del DANE 2016. Se realizó publicación del artículo: Supervivencia global de pacientes con cáncer en el INC. En conjunto con el MSPS se realizó encuentro con los registros poblacionales con el propósito de fortalecer la integración de las

diferentes fuentes de información como insumo para la consolidación del Sistema Nacional de Información en Cáncer y el Observatorio Nacional de Cáncer.

Investigaciones

La generación de conocimiento en el Instituto se realiza dentro de ocho líneas de investigación; se produce a través del desarrollo de proyectos de investigación institucional, independientes de la industria farmacéutica; proyectos extra institucionales realizados en cooperación con universidades, organizaciones nacionales e internacionales y proyectos de la industria farmacéutica.

Cuadro 142. Proyectos de investigación INC

Proyectos	2014	2015	2016	2017
Proyectos de investigación institucionales en curso	101	121	125	115
Proyectos nuevos de investigación institucional aprobados por CEI, por línea de investigación	15	30	31	20
Proyectos extrainstitucionales nuevos	7	3	9	8
Proyectos de investigación cerrados	15	12	40	34
Ponencias en eventos científicos	39	54	45	41

Fuente: INC

2017-2018: Se continuó con la Revista Colombiana de Cancerología que se encuentra indexada en EMBASE; se publicaron los 4 volúmenes programados para 2017 en el portal:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361>

Docencia

Educación formal

2015-2016: Se dio apertura de los programas de segunda especialidad: Dermatología Oncológica, subespecialidades de Cirugía de Cabeza y Cuello. Se logró la aprobación por parte de la Universidad Nacional de Colombia del programa de doctorado en Oncología.

2016-2017: Se aprobó el programa nuevo de Cirugía de Cabeza y Cuello. Se realizó la radicación de programa ante el Ministerio de Educación Nacional-MEN y atención de la visita de pares para el Maestría en Enfermería Oncológica.

2017-2018: En 2017 se radicó ante el MEN el programa de Maestría Oncológica. Adicionalmente, el programa de doctorado en oncología – en convenio con la Universidad Nacional– inició proceso de selección para el primer grupo de estudiantes.

Educación virtual

2015-2016: Se capacitaron 1.090 profesionales de la salud, certificados en curso virtual (y presencial), en detección y prevención de cáncer de mama, cuello uterino, próstata, colon y recto.

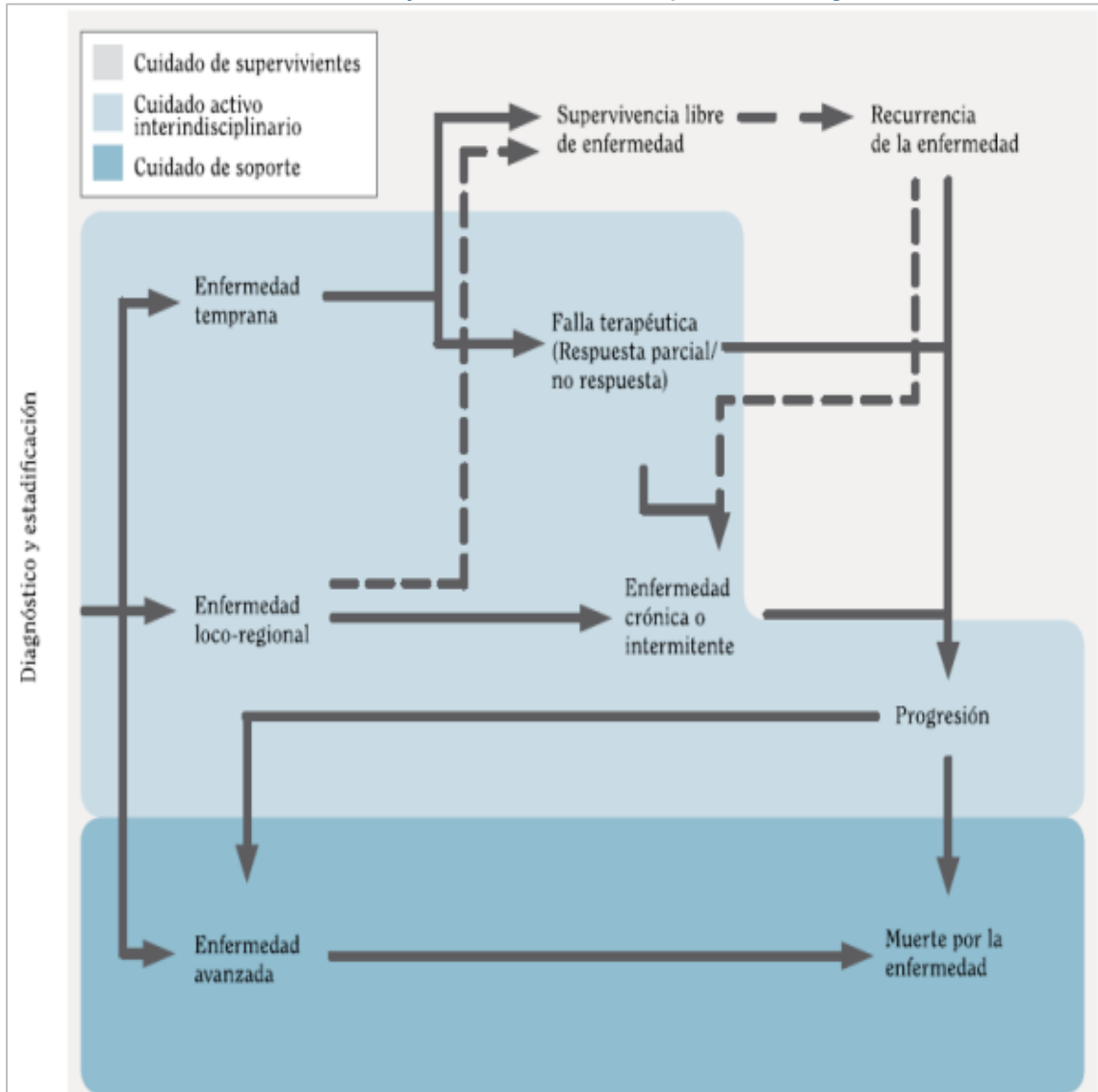
2016-2017: Se capacitaron 1.154 profesionales de la salud, certificados en curso virtual (y presencial), se realizaron 26 eventos educativos con 1.211 asistentes certificados, 203 charlas educativas para 4.383 asistentes y charlas a 1.895 pacientes y 2.037 familiares o cuidadores.

2017-2018: En 2017 se capacitaron 550 profesionales de la salud, certificados en curso virtual (y presencial); se realizaron 10 eventos educativos con 1.734 asistentes certificados, además de 319 charlas educativas para 4.500 asistentes y charlas a 2.397 pacientes y 2.103 familiares o cuidadores.

Atención a pacientes institucionales

El INC atiende cerca de 6.000 pacientes al año (7% del total de pacientes nuevos al año en el país). Desde el 2014, el INC implementó un nuevo modelo de atención que plantea la necesidad de una atención multidisciplinaria, soporte a los pacientes con cáncer y una adecuada gestión de la enfermedad (ver ilustración siguiente).

Ilustración 61. Trayectoria del cuidado en el paciente oncológico



Fuente: INC

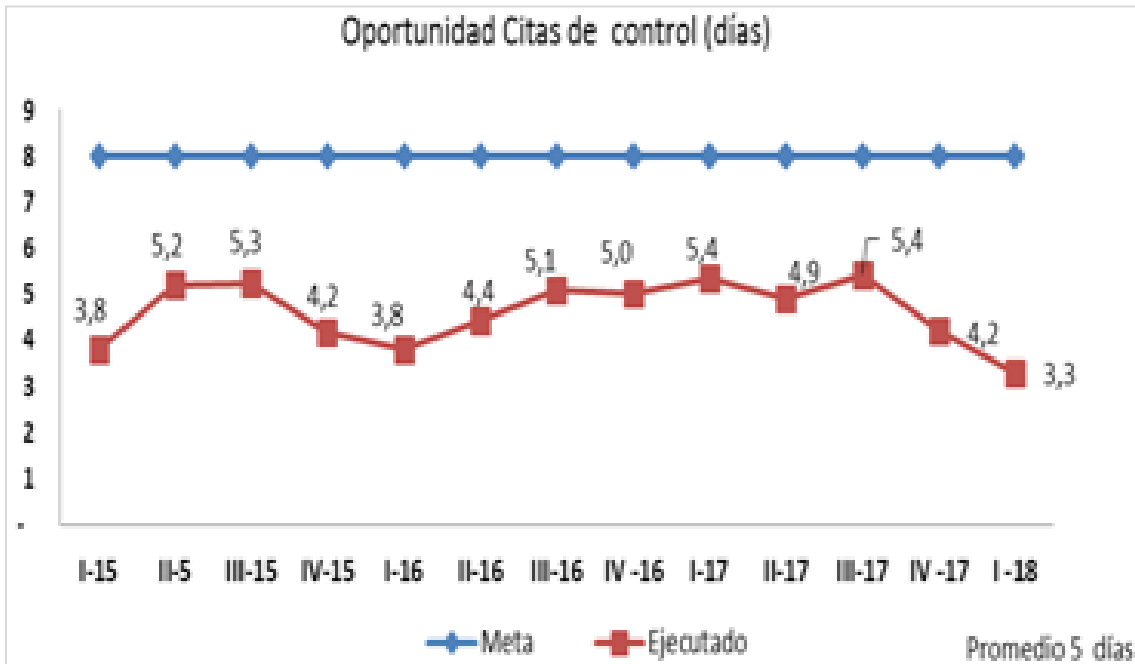
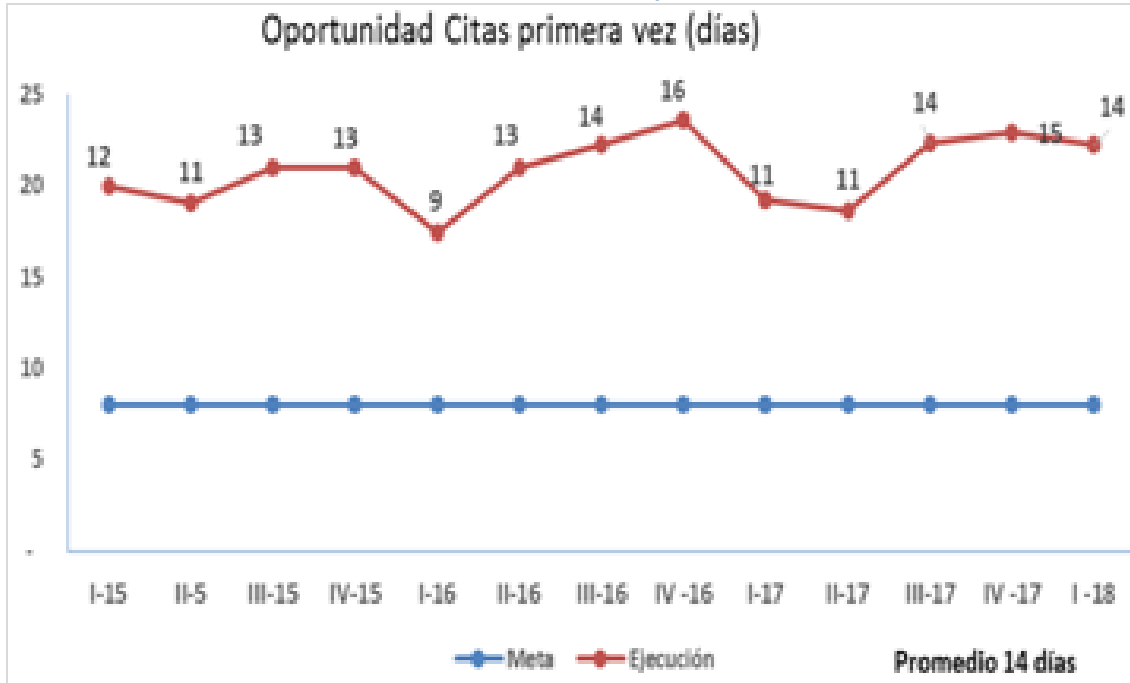
Logros 2017

- El INC fue la primera institución pública en Colombia en contar con un equipo quirúrgico de alta tecnología - Robot Da Vinci, que inicialmente se opera en las especialidades de ginecología, urología, gastroenterología, tórax y cabeza y cuello.
- Se logró la puesta en marcha del proyecto de creación del Centro de Prevención y Detección temprana del Cáncer (CPRED), en la sede San Juan de Dios.

- Se logró la gestión administrativa y la adecuación física para realizar procedimientos integrales de trasplantes de médula ósea alogénicos de acuerdo a la necesidad de los pacientes con diagnóstico oncológico que lo requieran.

A continuación se representa gráficamente con periodicidad trimestral los principales indicadores de oportunidad en citas de primera vez y control, e inicio de tratamiento:

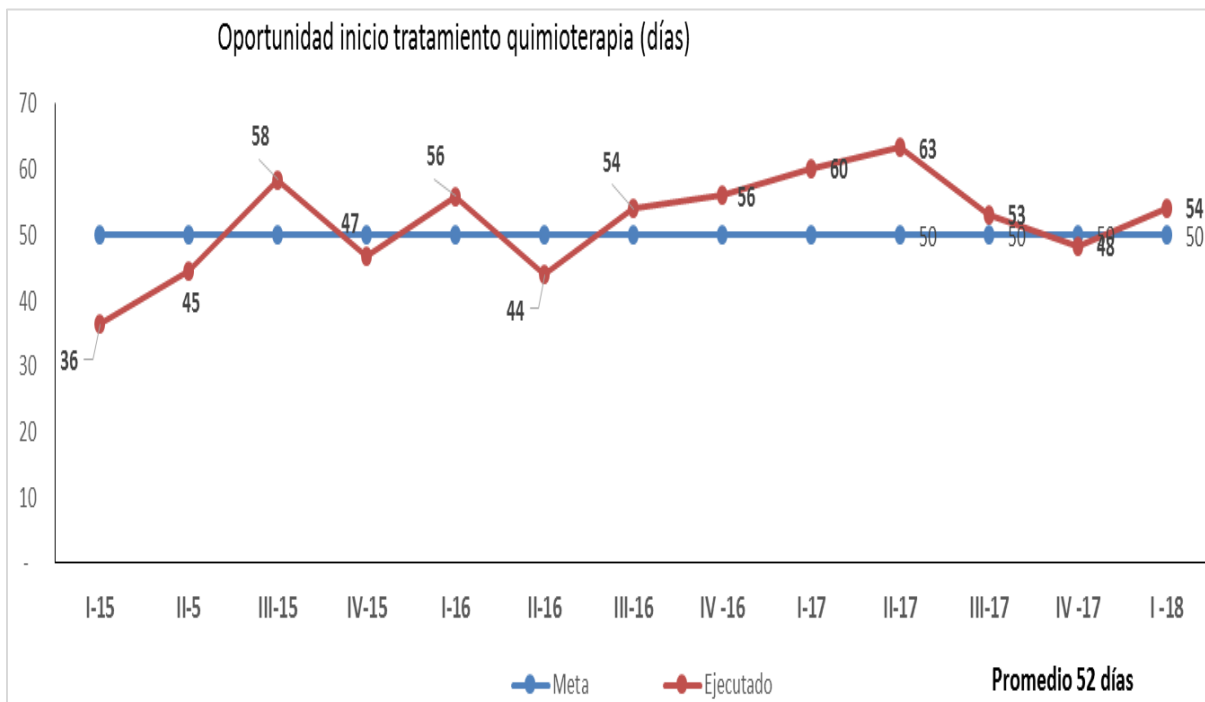
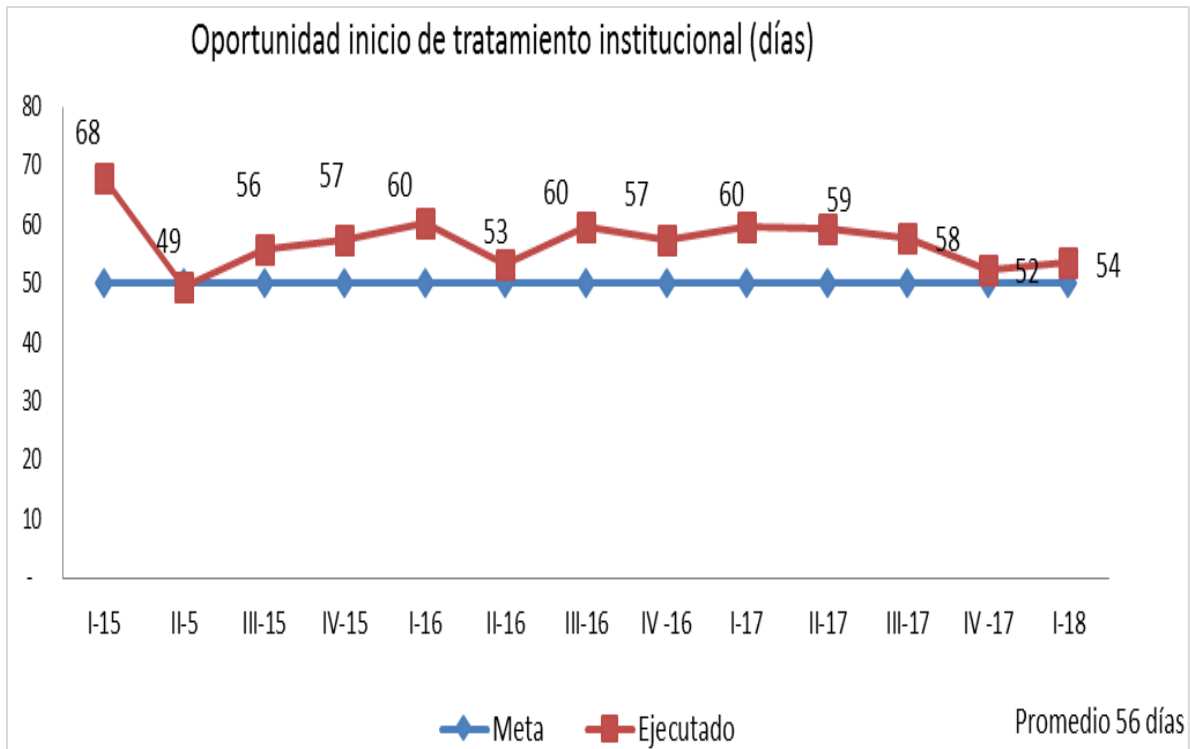
Ilustración 62. Indicadores de oportunidad INC



Fuente: Sistema Información SIAPINC

A continuación se presenta el comportamiento del indicador de inicio de tratamiento, el cual puede ser a través de quimioterapia, cirugía, radioterapia o de forma concomitante.

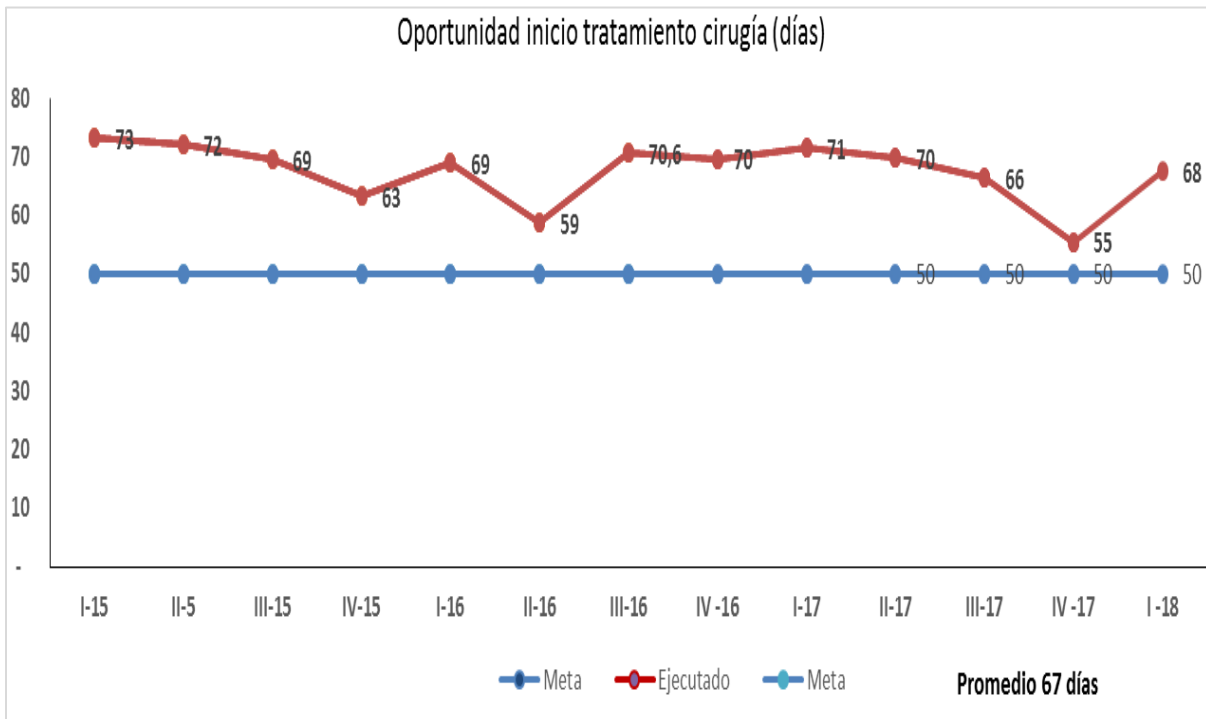
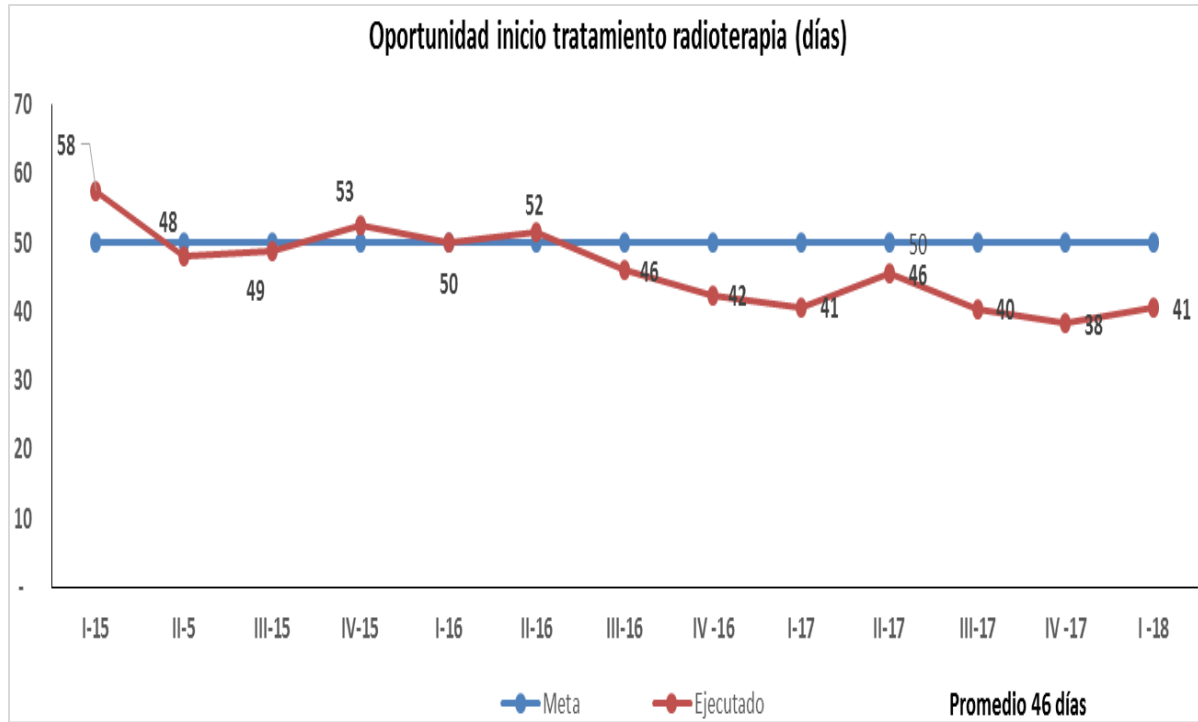
Ilustración 63. Indicadores de inicio de tratamiento INC



Fuente: Sistema Información SIAPINC

Cabe resaltar que este tiempo incluye el tiempo de la autorización por parte de los aseguradores que en promedio se encuentra a 15 días.

Ilustración 64. Indicadores de inicio de tratamiento INC



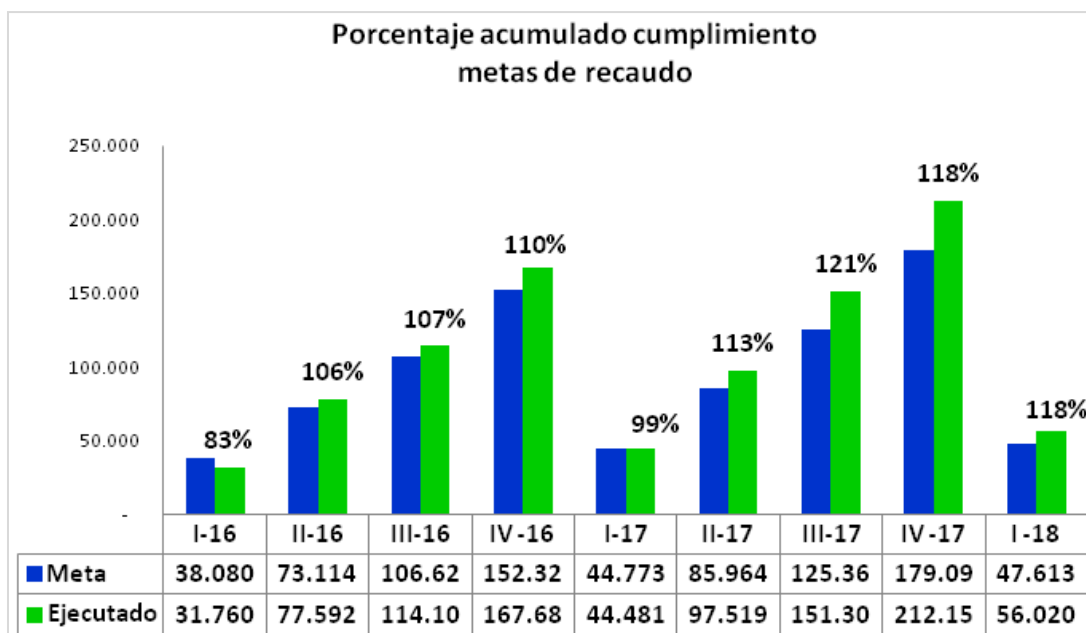
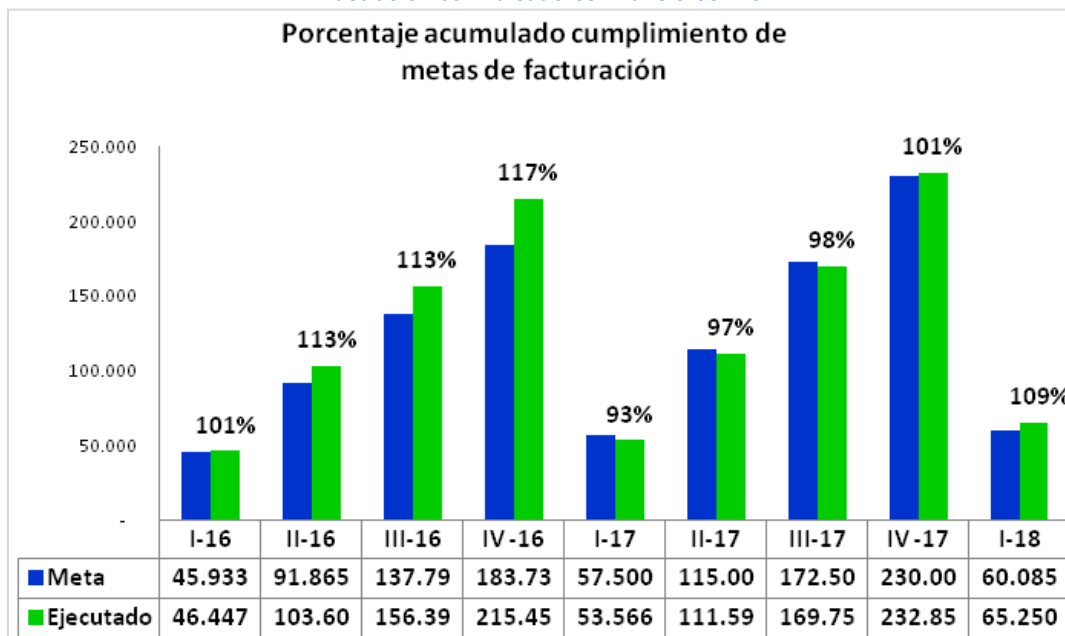
Fuente: Sistema Información SIAPINC

Gestión financiera

El Instituto implementó una estrategia de control y austeridad del gasto público, que conjugada con su flujo de caja ha logrado obtener superávit presupuestal y de tesorería. Las acciones de control de gasto comprenden entre otras, compras electrónicas, evaluación de las necesidades reales con base en verificación de inventarios, banco de conceptos técnicos y control del incremento en los precios.

A continuación se presentan el cumplimiento acumulado de los principales indicadores financieros:

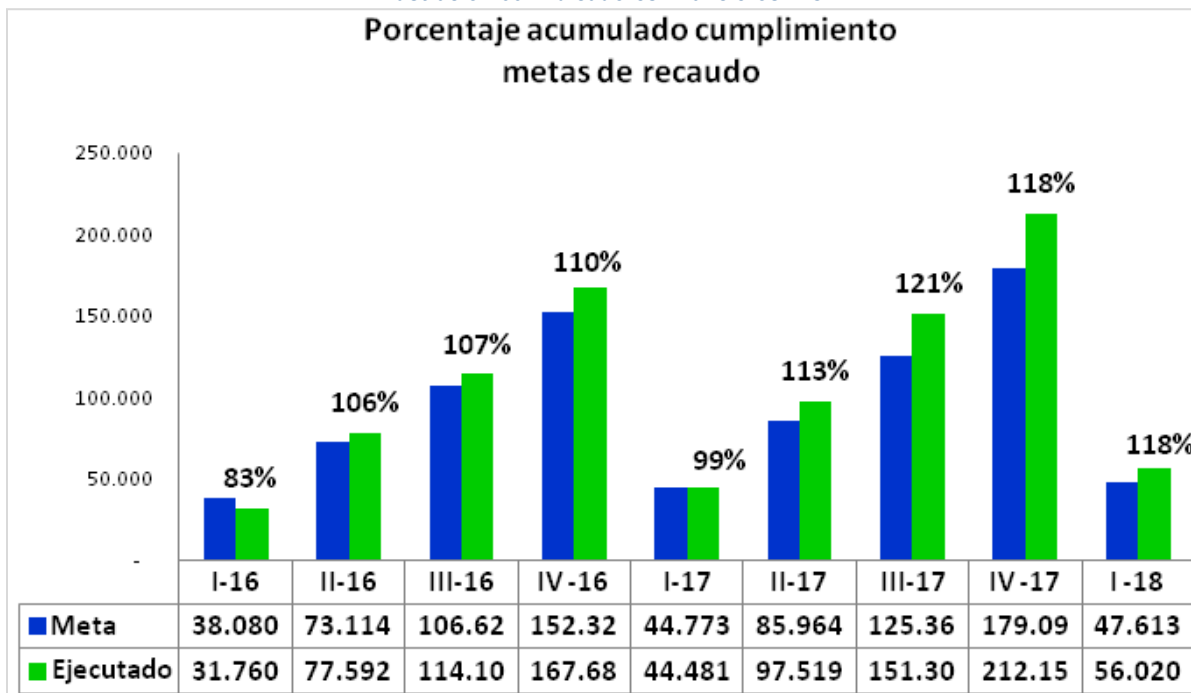
Ilustración 65. Indicadores financieros INC



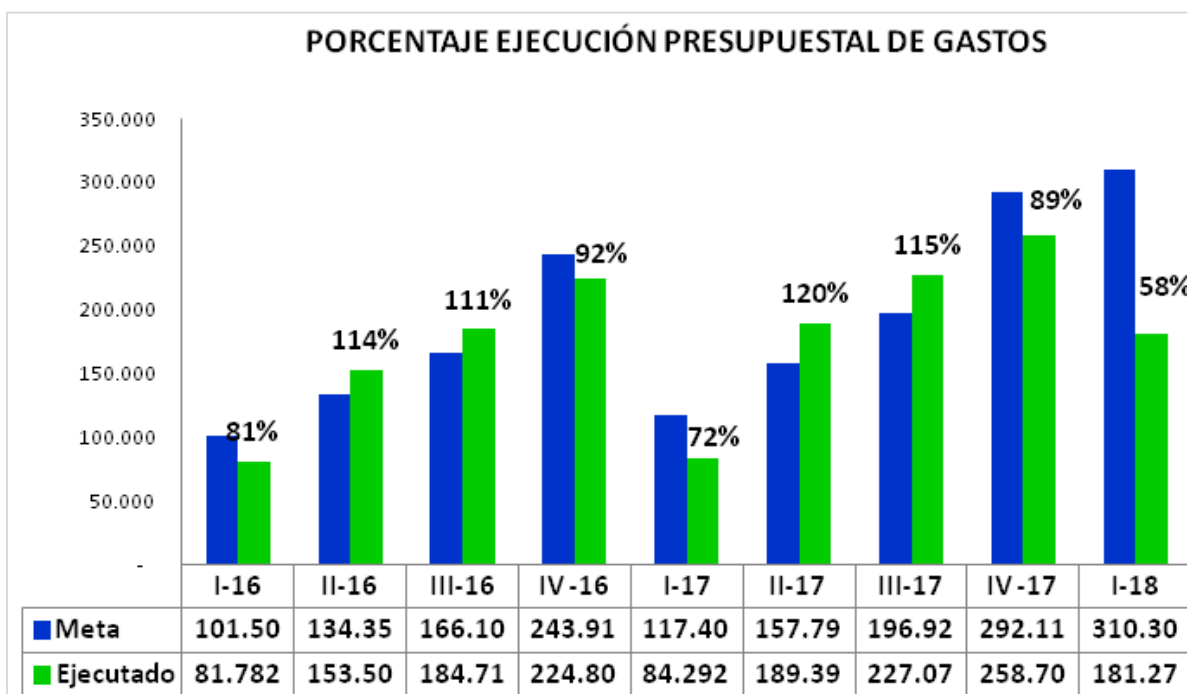
Fuente: INC

Ilustración 66. Indicadores financieros INC

Porcentaje acumulado cumplimiento metas de recaudo



PORCENTAJE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS



Fuente: Sistema Información SIAPINC

CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA

El Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE data desde 1934, cuando se crea el Laboratorio Central para investigaciones en Lepra. Posterior al fallecimiento del profesor Federico Lleras Acosta, la Entidad toma su nombre como homenaje. A partir de 1956, el Instituto amplía su espectro hacia la dermatología y en 1968 se inicia la escuela de postgrado en Dermatología.

En 1994 se convierte en la primera Empresa Social del Estado del país de carácter nacional adscrita al Ministerio de Protección Social (hoy MSPS) y se le otorga personería jurídica, autonomía administrativa y financiera.

Resultados en salud y salud pública

El Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta (CDFLLA), durante el periodo reportado (2014 – Abril 2018) ha brindado servicios en consulta dermatológica, consultas de otras especialidades (psicología, cirugía estética y cirugía vascular), biopsias y procedimientos dermatológicos de consulta externa, cirugía dermatológica, estética y vascular, los cuales se han comportado de la siguiente manera:

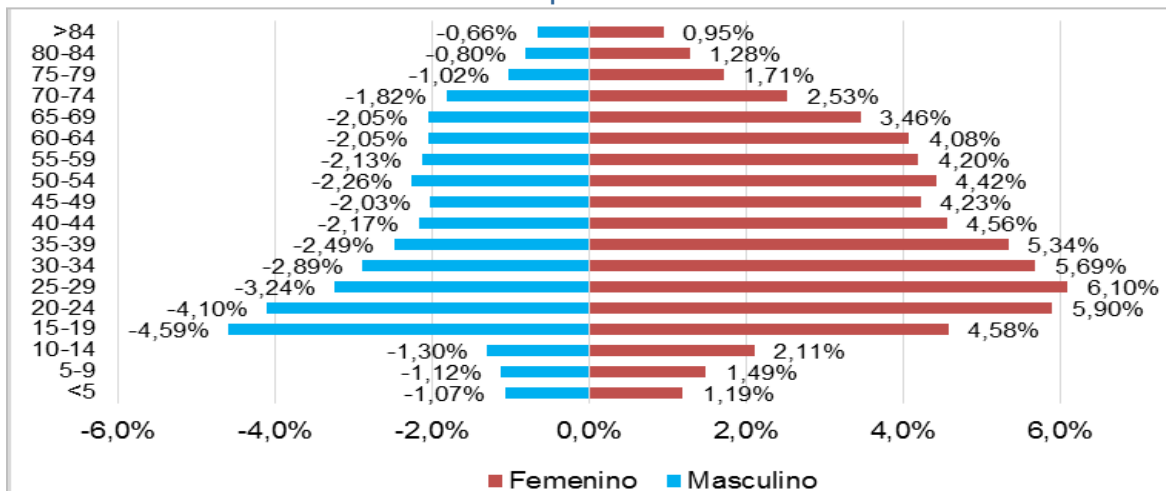
Cuadro 143. Servicios prestados por el Centro Dermatológico

Servicios	2014	2015	2016	2017	2018
Total consulta de Dermatología	76.468	75.029	77.139	73.300	25.162
Total consultas de otras especialidades (Psicología, Cirugía Estética y Cirugía Vascular)	826	840	887	575	261
Total de biopsias y procedimientos dermatológicos de Consulta Externa (fuera de quirófanos)	23.409	22.129	23.334	19.784	7.388
Total de cirugía dermatológica, estética y vasculares	375	441	376	0	0
Total de servicios de laboratorio	20.058	20.234	21.041	18.899	6.686

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Los servicios brindados han permitido atender a más de 217.000 pacientes en enfermedades dermatológicas desde el 2014 a abril de 2018, con un promedio anual de 54.387 pacientes, donde se atienden principalmente acné, dermatitis de contacto, dermatitis seborreica, daño solar crónico, melasma, alopecia, dermatitis atópica, papiloma virus, micosis superficiales, nevus, rosácea, entre otras enfermedades. La población atendida se distribuye de la siguiente manera según los grupos de edades:

Ilustración 67. Pirámide poblacional 2014-2017. CDFLLA



Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Además de estas atenciones, el Centro Dermatológico también ha atendido a pacientes con padecimiento de la enfermedad de Hansen (Lepra) y Leishmaniasis, a través de sus respectivos programas, los cuales dan respuesta a las iniciativas mundiales para la erradicación de estas enfermedades, con una calidad excelente en su atención.

Cuadro 144. Pacientes atendidos en programas especiales

Años	Número de pacientes atendidos en programa de Hansen	Número de pacientes atendidos en programa de Leishmaniasis
2014	24	110
2015	18	60
2016	19	70
2017	19	87
2018	4	13
Total	84	340

Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

En términos de salud pública, el Centro Dermatológico ha enfocado sus esfuerzos en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades dermatológicas por medio de su campaña “Amo y Examino mi Piel”. Por medio de ella se han realizado capacitaciones a diversos grupos de interés para la prevención del cáncer de piel; algunas de las entidades o espacios en los que se han brindado estas capacitaciones han sido: IPES, Función Pública, IDRD en ciclorutas, veeduría distrital, Colciencias, Universidad de Navarra, INPEC, Parques nacionales, entre otros., donde anualmente se ha llegado a un promedio de 4.600 personas capacitadas en estas actividades.

Buscando un mayor impacto en la divulgación de la cultura de PyP en enfermedades dermatológicas, entre el año 2014 y 2018 se ha realizado un magazine televisivo en el canal 13, el cual se emite el último sábado de cada mes a las 2 de la tarde, en el cual se han presentado notas sobre enfermedades como el Acné, dermatitis, vitiligo, cáncer de piel y otras enfermedades, donde se ha logrado impactar a más de 10.000 personas por cada emisión a nivel nacional.

Innovaciones y ajustes para el fortalecimiento institucional

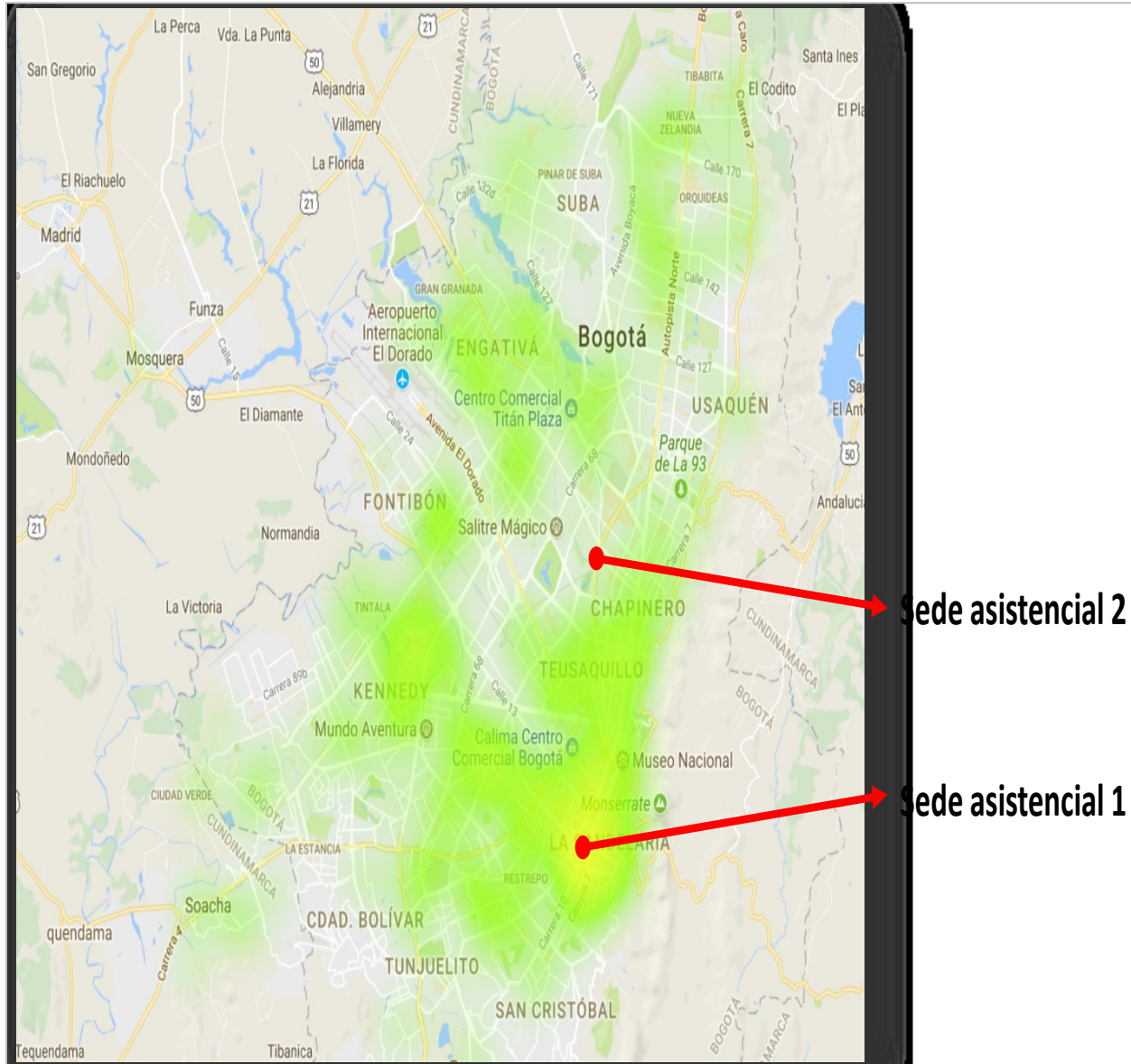
A nivel administrativo se han logrado excelentes resultados, como por ejemplo la estrategia de subasta inversa electrónica, con la cual se ha logrado ofrecer a los pacientes los precios más económicos del mercado en medicamentos dermatológicos y dermatocósméticos, ampliando cada vez más el LIMP institucional.

En términos financieros, el Centro Dermatológico tiene un autosostenimiento de un 86%, el cual se basa en servicios a pacientes particulares, lo que ha permitido que en los últimos años haya acumulado unos TES de 10.000 millones de pesos. También se logró la implementación al 100% de las Normas Internacionales de Información Financiera–NIIF y la modernización el sistema de costos institucional.

Con la firma del convenio con el INS se logró una sesión en comodato de un terreno en la localidad de Chapinero, para la implementación de una nueva sede asistencial, donde se ofrecerán –desde 2018– servicios consulta de externa, farmacia, biopsias y procedimientos, toma de muestras de laboratorio y estética. Esta nueva sede asistencial permitirá tener un mayor impacto en Bogotá y posibilita espacios para ofrecer servicios de telemedicina dermatológica o teledermatología (ver ilustración siguiente).

Además, el Centro Dermatológico es la primera institución pública en salud en culminar el proceso de reforzamiento estructural de acuerdo con la normatividad de sismorresistencia vigente, apoyado en la implementación de la estrategia de Consultorios Móviles, la cual representó un ahorro de 482.720.000 y obtuvo el 3er puesto en el Concurso de Buenas Prácticas Administrativas de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, en septiembre de 2017. Alineado a este proceso, se realizó intervención de la infraestructura para modernización de las instalaciones, dando paso a la modernización de la tecnología para la atención, siendo más eficiente y con espacios confortables y seguros para los usuarios.

Ilustración 68. Sedes asistenciales



Fuente: CDFLLA

Se realizó la publicación de dos libros de Dermatología Clínica: 1. Dermatología: Conceptos Básicos; y, 2. Las leishmaniasis: Atlas y texto. Estos libros buscan acercamiento a la dermatología práctica para mejorar la pertinencia en la detección de enfermedades dermatológicas mediante el acceso a estos temas a médicos sitios alejados del país. Se entregaron más de 200 libros de cada uno en el marco del RADLA y más de 400 en otras actividades.

El Centro Dermatológico ha servido como escenario de práctica formativa a más del 20% de dermatólogos en el país y continuamente hace aportes al conocimiento en enfermedades dermatológicas mediante los grupos de investigación clasificados en categoría A y B en COLCIENCIAS, donde se tienen definidas las líneas de investigación en Hansen, Leishmaniasis, Micosis, Cáncer de piel, fotobiología y Acné.

Durante el 2017 se escribieron 21 artículos que se publicaron en revistas de categorías A y B. Durante 2017 se elaboraron 26 productos de investigación que se presentaron en eventos nacionales e internacionales.

El CDFLLA fue el ganador de la Convocatoria 777 para proyectos de ciencia, tecnología e Innovación en salud 2017, que busca la Implantación y validación de un modelo de teledermatología a través de dispositivos móviles.

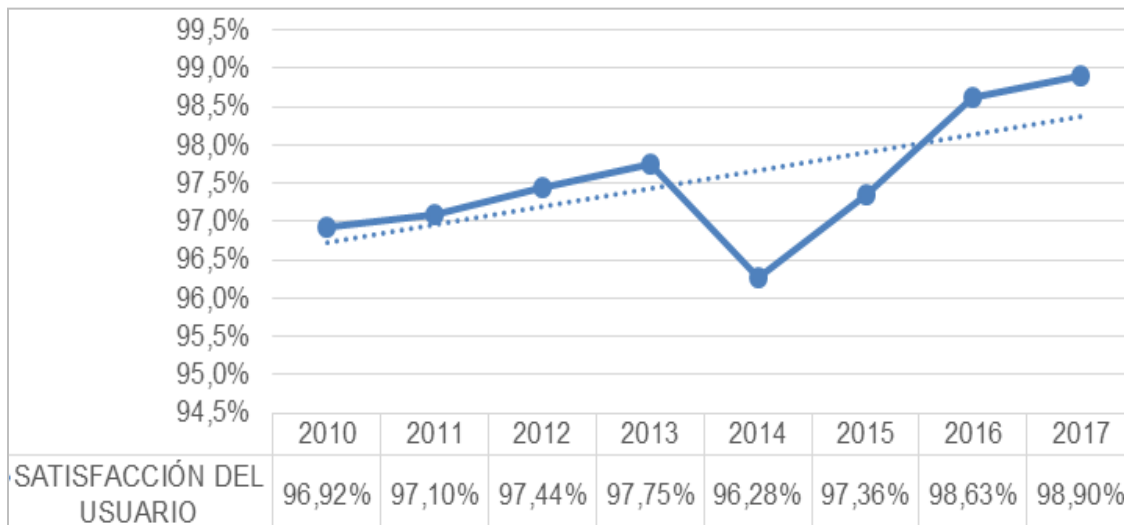
En 2017, el Centro Dermatológico hizo dos grandes esfuerzos en procura de mejorar la calidad de sus servicios y su cobertura nacional: implementación de estándares de hospital seguro e implementación de teledermatología. Estos dos esfuerzos están en implementación de los respectivos proyectos que se espera que den sus primeros resultados en 2018.

Prestación de servicios y calidad

Se logró mantener las Certificaciones ISO 9001 (SGS Internacional), Acreditación en Salud (ICONTEC / MSP), Acreditación con el Aval Internacional (ISQUA), Certificación BPC (INVIMA), Certificación Ambiental ISO 14001 (SGS INT.) y en 2014 se acreditó como Hospital Universitario.

Durante el año 2017 se realizó la implementación de 6 Clínicas Dermatológicas: Tumores, Pelo, Psoriasis, Acné, Dermatitis Atópica y Dermatitis de Contacto. Así mismo se realizó la adquisición de tecnología de punta como Fotofinder ATBM, Escáner Facial Computarizado ADONIA y el Tricograma Digital, para así permitir mantener una excelente satisfacción del usuario con los servicios.

Ilustración 69. Satisfacción del usuario



Fuente: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta

Gestión institucional

En el marco Programa “Servimos”, el DAFP y el CDFLLA firmaron acuerdo con el objeto de ofrecer a los servidores públicos tarifas preferenciales en los servicios ofrecidos por el CDFLLA. Se han beneficiado 1.466 funcionarios y se han recibido ingresos de más de 98 millones de pesos dentro de este marco.

El Centro Dermatológico ha adoptado el MIAS y ha creado dentro de su modelo de atención las diferentes rutas para la atención de pacientes. De la misma manera adoptó el MIPG y se encuentra en el proceso de reestructuración de procesos para adaptar el modelo lo mejor posible.

SANATORIO DE AGUA DE DIOS

Gestión institucional

La alta dirección y el talento humano asistencial y administrativo del Sanatorio de Agua de Dios Empresa Social del Estado, durante el período que abarca el presente informe, han garantizado el enfoque, la implementación, la medición de resultados y el mejoramiento continuo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

La Junta Directiva aprobó, a través del Acuerdo No.10.03.02 de enero de 2016, el Plan Estratégico 2015–2018. Lo anterior, fue antecedido por un proceso de construcción, diseño, formulación, participación y socialización donde se invitó y se involucró al talento humano, a los pacientes, a los clientes, a los proveedores y a las partes interesadas en la Institución. Esta actividad abarcó el segundo semestre de 2015 y el primer cuatrimestre de 2016.

El Plan Estratégico 2015–2018 garantiza el enfoque, las políticas y los lineamientos, entre otros, para continuar con el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, incluido en el Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Salud, especialmente en la parte 5, título 1, capítulos 1, 2, 3, 4, 5; Decreto 1011 de 2006 y sus cuatro componentes, que abarca los 33 servicios de salud que la sede del Hospital Herrera Restrepo y que tiene inscritos y certificados ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud–REPS.

Los tres primeros objetivos estratégicos del Plan, soportan la visión el enfoque:

- Garantizar el enfoque, implementación, medición y mejoramiento continuo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y sus cuatro componentes, buscando la fidelización del paciente y su familia.
- Generar una cultura de humanización a través de la implementación, medición y mejoramiento de la política y programa de humanización.
- Fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente a través de la implementación, medición y mejoramiento de la política y programa de seguridad del paciente.

Las políticas institucionales que fortalecen el enfoque y el proceso de implementación no sólo se han estructurado y documentado, sino que se socializan, se capacita y se entrena al talento humano en sus actividades pertinentes.

Sistema Único de Habilitación

Se ejecutó el proceso de renovación de la inscripción ante el REPS acorde a los lineamientos del artículo 9 de la Resolución 2003 de 2014. La actividad se ha cumplido en un 100% desde el 2015 hasta el 2018.

En la actualidad los servicios inscritos ante el REPS y certificados en el cumplimiento de las condiciones del sistema único de habilitación son:

Cuadro 145. Servicios del Sanatorio

Grupo	Servicio	Modalidad	Nivel de complejidad
Internación	Hospitalización general adultos, código 101	Intramural hospitalario	Baja
	Hospitalización obstetricia, código 112	Intramural hospitalario	Baja
Consulta externa	Dermatología, código 308	Intramural ambulatorio	Media

Grupo	Servicio	Modalidad	Nivel de complejidad
	Endodoncia, código 311	Intramural ambulatorio	Media
	Enfermería, código 312	Intramural ambulatorio	Baja
	Ginecobstetricia, código 320	Intramural ambulatorio	Media
	Medicina general, código 328	Intramural ambulatorio domiciliario	Baja
	Medicina interna, código 329	Intramural ambulatorio	Media
	Odontología general, código 334	Intramural ambulatorio	Baja
	Ortopedia y/o traumatología, código 339	Intramural ambulatorio	Media
	Pediatría, código 342	Intramural ambulatorio	Media
	Psicología, código 344	Intramural ambulatorio	Baja
Urgencias	Servicio de urgencias, código 501	Intramural ambulatorio	Baja
Transporte asistencial	Transporte asistencial básico, código 601	Intramural ambulatorio	Baja
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Laboratorio clínico, código 706	Intramural ambulatorio	Media
	Radiología e imágenes diagnósticas, código 710	Intramural ambulatorio	Baja
	Toma de muestras de laboratorio clínico, código 712	Intramural ambulatorio	Baja
	Servicio farmacéutico, código 714	Intramural ambulatorio hospitalario	Baja
	Toma e interpretación de radiologías odontológicas, código 724	Intramural ambulatorio	Baja
	Fisioterapia, 739	Intramural ambulatorio	Baja
Protección específica y detección temprana	Protección específica atención del parto, código 907	Intramural ambulatorio	Baja
	Protección específica atención al recién nacido, código 908	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años) código 909.	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años) código 910.	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana alteraciones del embarazo, código 911.	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana alteraciones en el adulto (mayor a 45 años) código 912.	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana cáncer de cuello uterino, código 913.	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana cáncer de seno, código 914.	Intramural ambulatorio	Baja
	Detección temprana alteraciones de la agudeza visual, código 915.	Intramural ambulatorio	Baja
	Protección específica vacunación, código 916.	Intramural ambulatorio	Baja
	Protección específica atención preventiva en salud bucal, código 917.	Intramural ambulatorio	Baja
Protección específica atención en planificación familiar hombres y mujeres, código 918.	Intramural ambulatorio	Baja	
Proceso	Esterilización, código 950	Intramural ambulatorio	Baja

Fuente: Coordinación de Calidad, Sanatorio de Agua de Dios empresa social del Estado, 2018

Cuadro 146. Servicios del Sanatorio

Grupo	Servicios	Servicios inscritos y certificados en cumplimiento del Sistema Único de Habilit.	Peso porcentual
Internación	2	2	6%
Consulta externa	10	10	31%
Urgencias	1	1	3%
Transporte asistencial	1	1	3%

Grupo	Servicios	Servicios inscritos y certificados en cumplimiento del Sistema Único de Habilit.	Peso porcentual
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	6	6	20%
Protección específica y detección temprana	12	12	34%
Proceso Esterilización	1	1	3%
Total	33	33	100%

Fuente: Coordinación de Calidad, Sanatorio de Agua de Dios ESE, 2018

El hospital cumple con los requisitos exigidos por el Sistema Único de Habilitación, acorde a las tres condiciones del artículo 3 de la Resolución 2003 de 2014:

- Capacidad técnico-administrativa.
- Suficiencia patrimonial y financiera.
- Capacidad tecnológica y científica.

Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad–PAMEC

Se enfocó, implementó y evaluó y el plan de mejora del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad–PAMEC, versión 7.

Los resultados para 2015 son:

Cuadro 147. Resultados PAMEC 2015

Proceso	Ítems de calidad observada	Ítems de calidad deseada	Ítems de actividades
Atención al paciente asistencial hospitalario y ambulatorio	5	5	11
Direccionamiento y gerencia	3	3	9
Total	8	8	20

Fuente: Coordinación de Calidad, Sanatorio de Agua de Dios ESE, 2018

- Número de acciones de mejora cumplidas: 20
- Porcentaje de cumplimiento: 100%

Los resultados para 2016 son:

Cuadro 148. Resultados PAMEC 2016

Proceso	Ítems de calidad observada	Ítems de calidad deseada	Ítems de actividades
Atención al paciente asistencial hospitalario y ambulatorio	6	6	18
Direccionamiento y gerencia	3	3	12
Total	9	9	30

Fuente: Coordinación de Calidad, Sanatorio de Agua de Dios ESE, 2017

- Número de acciones de mejora cumplidas: 30
- Porcentaje de cumplimiento: 100%

Los resultados para 2017 son:

Cuadro 149. Resultados PAMEC 2017

Proceso	Ítems de calidad observada	Ítems de calidad deseada	Ítems de actividades
Atención al paciente asistencial hospitalario y ambulatorio	5	5	10
Direccionamiento y gerencia	3	3	9
Total	8	8	19

Fuente: Coordinación de Calidad, Sanatorio de Agua de Dios ESE, 2018

- Número de acciones de mejora cumplidas: 19
- Porcentaje de cumplimiento: 100%

Sistema Único de Acreditación

El Sanatorio de Agua de Dios ESE implementa el sistema único de acreditación según los lineamientos de la Resolución 2082 de 2014. Los resultados de las autoevaluaciones se relacionan en el cuadro siguiente:

Cuadro 150. Resultados de autoevaluación

Grupo de estándares	Autoevaluación Calificación	Estándares autoevaluados	Estándares auto- evaluados que no aplican	Observaciones
Proceso de atención al cliente asistencial hospitalario y ambulatorio	1,2	Del 1 al 74	19	No aplican los estándares 2, 9, 56 y del 58 al 73.
Direccionamiento	1,4	Del 75 al 87= 13	2	No aplican los estándares 85 y 86.
Gerencia	1,3	Del 88 al 102= 15	2	No aplican los estándares 100 y 101.
Gerencia del talento humano	1,3	Del 103 al 118= 16	3	No aplican los estándares 115, 116 y 117.
Gerencia del ambiente físico	1	Del 119 al 129= 11	0	
Gestión de la tecnología	1	Del 130 al 139= 10	2	No aplican los estándares 136 y 137.
Gerencia de la información	1,1	Del 140 al 153= 14	0	
Mejoramiento continuo de la calidad	1,3	Del 154 al 158= 5	0	
Resultados auto-evaluación 2015	1,2	158	28	
Resultados auto-evaluación 2016	1,4	N.A.	N.A.	
Resultados auto-evaluación 2017	1,7	N.A.	N.A.	

Fuente: Coordinación de Calidad, Sanatorio de Agua de Dios Empresa Social del Estado, 2018

Sistemas de información

El Sanatorio de Agua de Dios ESE ha cumplido con los reportes correspondientes a: sistema de información SIHO (Decreto 2193); Reporte al Sistema de Información Precios de Medicamentos (SISMED); Informe de Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) en un 100% en las fechas programadas y acorde a los lineamientos exigidos por las entidades solicitantes, acciones que pueden ser verificadas en la página SIHO de los años 2014 a 2018.

Gestión presupuestal

La programación presupuestal de cada vigencia fiscal se efectúa acorde con los lineamientos fijados cada año a través de circular externa emitida por la Dirección General del Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (DGPPN-MHCP) y la Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas del Departamento Nacional de Planeación (DIFP-DNP).

La ejecución presupuestal de ingresos durante las vigencia fiscales de 2014, 2015, 2016 y 2017 y sus variaciones, fueron las siguientes:

Cuadro 151. Ingresos

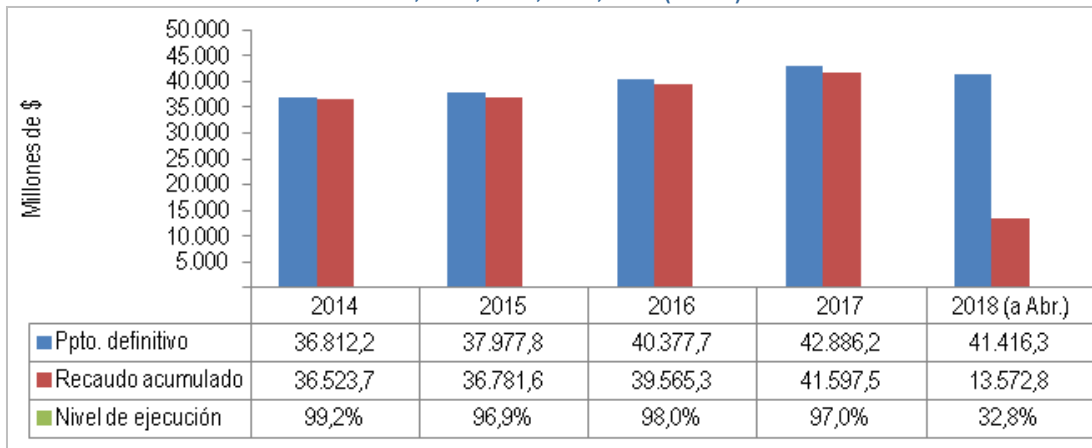
Conceptos	2014			2015			2016			2017		
	Ppto.Def.	Recaudo	Ejec.	Ppto.Def.	Recaudo	Ejec.	Ppto.Def.	Recaudo	Ejec.	Ppto.Def.	Recaudo	Ejec.
Disponibilidad inicial	1.009,1	1.009,1	100,0%	592,4	571,3	96,4%	512,3	191,6	37,4%	649,3	421,2	64,9%
Venta servicios usuar. fin.	390,0	410,3	105,2%	428,0	424,8	99,2%	455,0	420,8	92,5%	450,0	420,3	93,4%
Venta servicios otr. empr.	2.430,0	2.546,3	104,8%	2.472,0	2.490,8	100,8%	2.660,0	3.555,4	133,7%	3.140,0	3.553,1	113,2%
Otr. Ingres. explotación	1.469,8	1.287,1	87,6%	1.704,3	968,5	56,8%	1.893,0	900,1	47,5%	1.438,8	976,9	67,9%
Aportes	31.500,2	31.239,5	99,2%	32.765,9	32.315,8	98,6%	34.852,7	34.489,4	99,0%	37.196,5	36.205,3	97,3%
Otr. ingresos corrientes	-	19,2		-	-		-	-		-	-	
Ingresos de capital	13,0	12,2	93,3%	15,2	10,5	68,7%	4,7	8,0	170,8%	11,7	20,6	176,2%

Conceptos	2014			2015			2016			2017		
	Ppto.Def.	Recaudo	Ejec.	Ppto.Def.	Recaudo	Ejec.	Ppto.Def.	Recaudo	Ejec.	Ppto.Def.	Recaudo	Ejec.
Total	36.812,2	36.523,7	99,2%	37.977,8	36.781,6	96,9%	40.377,7	39.565,3	98,0%	42.886,2	41.597,5	97,0%

Conceptos	Variaciones 2015 Vs. 2014				Variaciones 2016 Vs. 2015				Variaciones 2017 Vs. 2016			
	Ppto. definitivo		Vir. ejecutado		Ppto. definitivo		Vir. ejecutado		Ppto. definitivo		Vir. ejecutado	
	Absol.	Relativ.	Absol.	Relativ.	Absol.	Relativ.	Absol.	Relativ.	Absol.	Relativ.	Absol.	Relativ.
Disponibilidad inicial	-416,7	-41,3%	-437,9	-43,4%	-80,1	-13,5%	-379,7	-66,5%	137,0	26,7%	229,7	119,9%
Venta de servicios a usuario final	38,0	9,7%	14,5	3,5%	27,0	6,3%	-4,0	-0,9%	-5,0	-1,1%	-5	-0,1%
Venta de servicios a otras empresas	42,0	1,7%	-55,5	-2,2%	188,0	7,6%	1.064,6	42,7%	480,0	18,0%	-2,3	-0,1%
Otros ingresos de explotación	234,5	16,0%	-318,6	-24,8%	188,7	11,1%	-68,4	-7,1%	-454,2	-24,0%	76,8	8,5%
Aportes	1.265,7	4,0%	1.076,4	3,4%	2.086,8	6,4%	2.173,6	6,7%	2.343,8	6,7%	1.715,9	5,0%
Otros ingresos corrientes	,0		-19,2	-100,0%	,0		,0		,0		,0	
Ingresos de capital	2,2	16,7%	-1,7	-14,0%	-10,5	-69,1%	-2,4	-23,2%	7,0	148,9%	12,6	156,9%
Total	1.165,7	3,2%	257,9	0,7%	2.399,9	6,3%	2.783,8	7,6%	2.508,5	6,2%	2.032,1	5,1%

Fuente: Sanatorio de Agua de Dios

**Ilustración 70. Ejecución presupuestal de ingresos
2014, 2015, 2016, 2017, 2018 (a abril)**



Fuente: Sanatorio de Agua de Dios

El Sanatorio de Agua de Dios ESE tiene dos fuentes de ingreso para financiar la totalidad de sus gastos: los aportes del Presupuesto General de la Nación y los recursos propios. Los recaudos por concepto de aportes de la Nación se han venido manteniendo estables con un nivel de ejecución de 99,2% en 2014, 98,6% en 2015, 99% en 2016 y 97,3% en 2017. La venta de servicios a otras empresas vienen presentando un incremento en su nivel de recaudo, pasando del 104,8% en 2014, al 100,8% en 2015, luego 133,7% en 2016 y alcanzando un 113,2% para 2017, permitiendo así el cabal cumplimiento de las obligaciones que la entidad financia con sus propios recursos.

En general los ingresos generados por la entidad se han venido programando y ejecutando acorde a las perspectivas de la entidad. El nivel de ejecución del presupuesto de ingresos, con corte a 30 de abril de 2018, es el siguiente:

Cuadro 152. Ejecución presupuestal de ingresos

Conceptos	2018 (a Abr.)		
	Ppto.definitivo.	Recaudo	Ejecución
Disponibilidad Inicial	268,1	322,4	120,2%
Venta de servicios a usuario final	70,0	26,2	37,5%
Venta de servicios a otras empresas	3.280,0	985,5	30,0%
Otros ingresos de explotación	1.233,5	218,5	17,7%
Aportes	36.541,7	11.926,1	32,6%

Conceptos	2018 (a Abr.)		
	Ppto.definitivo.	Recaudo	Ejecución
Otros ingresos corrientes	-	-	-
Ingresos de capital	23,0	94,2	409,6%
Total	41.416,3	13.572,8	32,8%

Fuente: Sanatorio de Agua de Dios

El decrecimiento en 2018 fue del 3,4% respecto de 2017 y el nivel de recaudo con corte a abril de 2018 es de 32,8% es cual es apropiado, frente a un recaudo esperado del 33,3%. La ejecución presupuestal de gastos durante las vigencia fiscales de 2014, 2015, 2016 y 2017 y sus variaciones, fueron las siguientes:

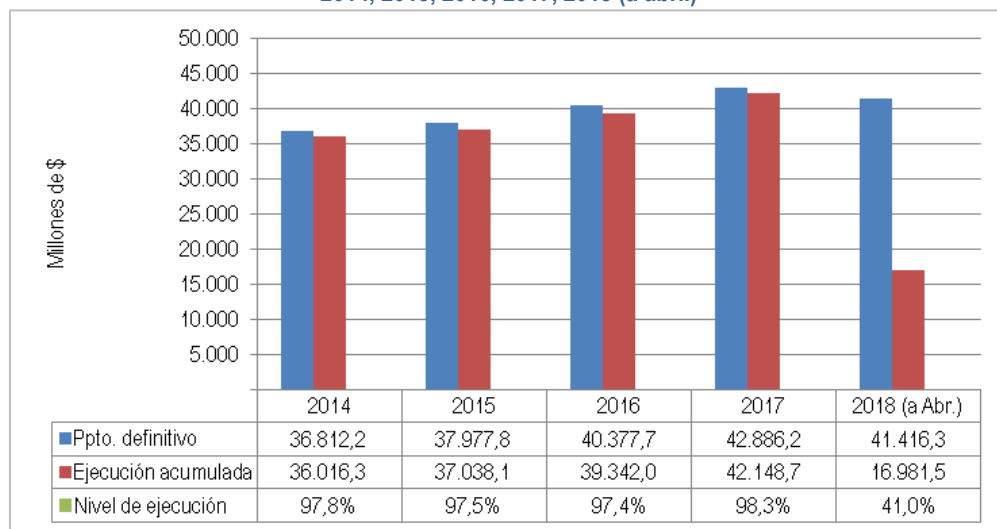
Cuadro 153. Ejecución de gastos

Concepto	2014			2015			2016			2017		
	Ppto.Def.	Vlr.Ejec..	%Ejec.	Ppto.Def.	Vlr.Ejec..	%Ejec.	Ppto.Def.	Vlr.Ejec..	%Ejec.	Ppto.Def.	Vlr.Ejec..	%Ejec.
Gastos de personal	8.386,9	8.323,2	99,2%	9.181,80	9.038,8	98,4%	9.572,00	9.408,9	98,3%	10.289,50	10.198,4	99,1%
Gastos generales	2.492,8	2.325,4	93,3%	2.549,00	2.271,2	89,1%	2.622,30	2.123,7	81,0%	2.583,60	2.323,6	89,9%
Transf. corrientes	21.114,2	20.994,4	99,4%	22.180,70	22.102,4	99,6%	23.939,00	23.927,7	100,0%	25.975,70	25.941,6	99,9%
Operación comercial	3.276,7	2.953,5	90,1%	2.913,20	2.579,8	88,6%	1.660,80	1.401,0	84,4%	1.437,40	1.383,2	96,2%
Inversión	1.000,0	1.000,0	100,0%	1.000,00	999,8	100,0%	2.173,00	2.146,7	98,8%	2.065,80	2.054,5	99,5%
Ctas.p.pagar yReserv.	441,1	419,7	95,1%	123,1	46,0	37,3%	351,3	334,1	95,1%	247,3	247,3	100,0%
Disponibilidad final	100,4	0,0		30	0,0		59,2	0,0		286,9	0,0	
Total	36.812,2	36.016,3	97,8%	37.977,8	37.038,1	97,5%	40.377,7	39.342,0	97,4%	42.886,2	42.148,7	98,3%

Concepto	Variaciones 2016 Vs. 2015				Variaciones 2017 Vs. 2016			
	Ppto. definitivo		Valor ejecutado		Ppto. definitivo		Valor ejecutado	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Gastos de personal	390	4,2%	370	4,1%	718	7,5%	790	8,4%
Gastos generales	73	2,9%	-148	-6,5%	-39	-1,5%	200	9,4%
Transferencias corrientes	1.758	7,9%	1.825	8,3%	2.037	8,5%	2.014	8,4%
Operación comercial	-1.252		-1.179		-224	-13,5%	-18	-1,3%
Inversión								
Cuentas por pagar y reservas	228	185,4%	288	626,5%	-104	-29,6%	-87	-26,0%
Disponibilidad final	29	96,9%	0		228	385,0%	0	
Total	1.227	6,3%	1.157	6,2%	2.509	6,2%	2.807	7,1%

Fuente: Sanatorio de Agua de Dios

Ilustración 71. Ejecución presupuestal de gastos 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 (a abril)



Fuente: Sanatorio de Agua de Dios

El nivel de ejecución del presupuesto de gastos se ha ubicado entre el 97,8% en el 2014, pasando al 97,5% en el 2015, 97,4% en el 2016 y 98,3% en el 2017 y el crecimiento de sus apropiaciones desde 3,2% en el 2015, 6,3% en el 2016 y el 6,2% para el 2017, lo que permite establecer que se efectúa una adecuada programación presupuestal, de acuerdo con las necesidades reales de la entidad, aplicando políticas de racionalización del gasto.

El nivel de ejecución del presupuesto de gastos, con corte a abril de 2018, es el siguiente:

Cuadro 154. Ejecución de gastos

Concepto	Abril de 2018		
	Ppto. definitivo	Valor ejecutado	Ejecutado
Gastos de personal	9.864,2	3.284,4	33,3%
Gastos generales	2.451,3	1.168,9	47,7%
Transferencias corrientes	24.782,5	9.104,9	36,7%
Operación comercial	1.477,0	1.069,9	72,4%
Inversión	1.936,9	1.448,9	74,8%
Cuentas por pagar y reservas	904,4	904,4	100,0%
Disponibilidad final	-	-	-
Total	41.416,3	16.981,5	41,0%

Fuente: Sanatorio de Agua de Dios

El decrecimiento en el 2018 fue del 3,4% respecto de 2017 y el nivel de ejecución a nivel de compromisos con corte a 30 de abril de 2018 es del 41%.

FONDO DE PREVISIÓN SOCIAL DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA–FONPRECON

Gestión del riesgo 2014–2018

El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República (FONPRECON), consciente de la importancia del pensamiento basado en riesgos, cuenta con lineamientos para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos y maneja dos sistemas: SARO y SARLAFT. Hasta septiembre de 2015, el manejo del riesgo estaba a cargo de la Subdirección Administrativa y Financiera. Mediante Resolución 0606 de 2015, se crea la Unidad de Riesgo Operativo cuyo principal objetivo es coordinar el proceso de gestión del riesgo en FONPRECON.

Sistema de Administración del Riesgo Operativo–SARO

FONPRECON cumple lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia en el Capítulo XXIII de la Circular Básica Contable y Financiera (Circular externa 100 de 1995), de conformidad con lo establecido en el Decreto 943 de 2014 (compilado Decreto 1083 de 2015) mediante el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno–MECI.

En la Entidad se adoptó la metodología que ofrece el Departamento Administrativo de la Función Pública en la cartilla No. 3 de 2014. Dispone de los siguientes instrumentos para su manejo: Manual de riesgo, Política de administración de riesgo, Formatos de monitoreo de riesgos, Reporte a la Unidad de Riesgo Operativo, Procedimiento de riesgo operativo, Formato de materialización de riesgos y mapas de riesgos.

La Unidad de Riesgo Operativo-URO de la Entidad, en coordinación con los líderes de los diferentes procesos, surtió la etapa de identificación del número de riesgos como se detalla a continuación:

Cuadro 155. Riesgos por proceso 2015–2018

Proceso	2015	2016	2017	2018 (abr)
Direccionamiento Estratégico Institucional	1	1	1	1
Reconocimiento de Prestaciones Económicas	5	5	4	4
Gestión Jurídica	8	8	8	8
Gestión Administrativa y Financiera	8	9	10	10
Gestión Tecnológica	11	5	5	5
Gestión de Bienes y Servicios	4	4	3	3
Control Interno a la Gestión	3	3	3	3
Gestión Talento Humano	4	4	4	4
Afiliación, Aportes e Historia Laboral	5	6	6	7
Pago de Prestaciones Económicas	4	4	4	4
Atención al Usuario y al Ciudadano	5	5	6	6
Gestión de la Calidad	4	4	4	4
Total riesgos	62	58	58	59

Fuente: FONPRECON

Los riesgos materializados son reportados a la URO en el momento en que se detecten. Una vez recibidos, la Unidad apoya a los líderes de los procesos en la formulación de las acciones correctivas y los planes de acción para su mitigación. Adicionalmente se han identificado 21 riesgos de corrupción, los cuales forman parte del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

La URP recibió –de los diferentes procesos– reportes de eventos de riesgo materializados como se detalla a continuación:

Cuadro 156. Reportes de eventos de riesgo materializados

Procesos	2015	2016	2017	2018
Gestión Tecnológica	1	2		
Control Interno	2			
Gestión Jurídica		3	2	
Gestión Administrativa y Financiera		1		1
Reconocimiento de Prestaciones Económicas		1	4	
Pago de Prestaciones Económicas			1	1
Afiliación, Aportes e Historia Laboral				
Total	3	7	7	2

Fuente: FONPRECON

Para los diferentes eventos de riesgos materializados se analizaron las causas y consecuencias y la URO apoyó a los líderes de los procesos en el análisis, formulación de acciones correctivas y planes de acción, los cuales fueron objeto de seguimiento hasta el cierre del evento. Los eventos de riesgo materializados no generaron pérdidas económicas que tuviesen afectación de los estados financieros de la Entidad.

Perfil de riesgo (a abril 2018)

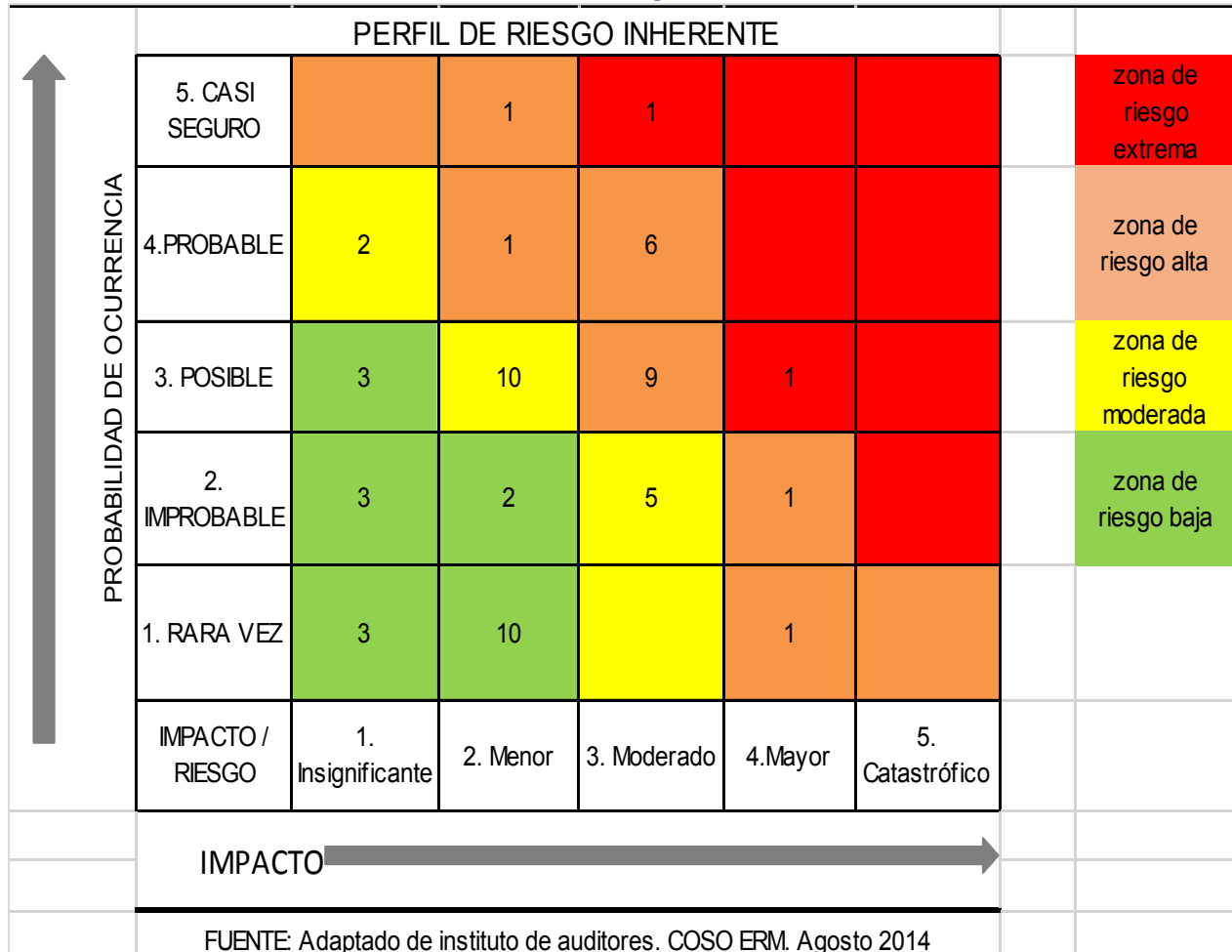
Riesgo inherente: Se define como aquel riesgo al cual se enfrenta una entidad en ausencia de acciones para modificar su probabilidad o impacto.

Cuadro 157. Riesgo inherente, 2018

Zona de riesgo	No.	Porcentaje
Baja	21	36
Moderada	17	29
Alta	19	32
Extrema	2	3
Total	59	100

Fuente: FONPRECON

Ilustración 72. Riesgo inherente



FUENTE: Adaptado de instituto de auditores. COSO ERM. Agosto 2014

Fuente: FONPRECON

Riesgo residual: Se define como el riesgo que resulta luego de aplicar controles.

Cuadro 158. Nivel resultante del riesgo después de aplicar los controles

Zona de riesgo	N°	Porcentaje
Baja	40	68
Moderada	15	25
Alta	4	7
Extrema	0	0
Total	59	100

Fuente: FONPRECON

Ilustración 73. Riesgo residual.

		PERFIL DE RIESGO RESIDUAL					
		1. Insignificante	2. Menor	3. Moderado	4. Mayor	5. Catastrófico	
↑ PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	5. CASI SEGURO						zona de riesgo extrema
	4. PROBABLE	1	1	1			zona de riesgo alta
	3. POSIBLE	1	2	2			zona de riesgo moderada
	2. IMPROBABLE	2	7	5			zona de riesgo baja
	1. RARA VEZ	12	18	7			
	IMPACTO / RIESGO	1. Insignificante	2. Menor	3. Moderado	4. Mayor	5. Catastrófico	
		IMPACTO →					
FUENTE: Adaptado de instituto de auditores. COSO ERM. Agosto 2014							

Fuente: FONPRECON

En la matriz de evaluación de riesgos residuales se observa que se presenta una disminución de los riesgos ubicados en la zona de riesgo extrema y alta, que inicialmente eran 2 en zona extrema y 19 en zona alta, trasladándose a las zonas de riesgo moderada y baja, quedando solo 4 riesgos en la zona de riesgo alta, por lo cual se puede concluir que FONPRECON cuenta con controles sólidos lo cual se traduce en un manejo efectivo del riesgo.

Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo–SARLAFT

El Fondo da cumplimiento a lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, en la Circular básica Jurídica (C.E 029/2014) parte I título IV, por medio de la cual impartió instrucciones en materia de administración del riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo–SARLAFT. La Entidad cuenta con el Manual del Sistema para la Administración del Riesgo Operativo versión 5, el cual fue adoptado mediante Resolución 0118 de 2018. El seguimiento del mapa de riesgos se realiza a través del Oficial de Cumplimiento.

Dado que las operaciones que realiza FONPRECON ocurren principalmente entre la Dirección General del Tesoro, el Congreso de la República y entidades públicas del orden nacional y territorial que tienen a cargo obligaciones pensionales con FONPRECON, se concluye con relación a la evolución del riesgo residual total de la Entidad, se ubica en zona de riesgo baja.

Igualmente, cumple con la transmisión de los reportes correspondientes a Transacciones en Efectivo (mensual), Operaciones Sospechosas (mensual), Reporte de Productos Ofrecidos (mensual), los cuales han sido siempre en cero “0” y enviados a la Unidad Administrativa Especial de Información y Análisis Financiero–UIAF. Entre 2014 y 2018 no se materializaron riesgos relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Sistema de gestión de calidad

FONPRECON se certificó en calidad desde 2010 en las normas NTCGP 1000:2009 e ISO 9001:2008 por parte del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación–ICONTEC; estas certificaciones son otorgadas por tres años y actualmente la Entidad cuenta con certificación del Sistema hasta enero de 2019, sujeta a la práctica de visitas anuales de seguimiento; cada tercer año, con el vencimiento de la certificación, se realiza una auditoria de

renovación. Entre 2014 y 2017, el Fondo renovó su certificación en Calidad siempre mediante auditorías practicadas por ICONTEC.

En marzo de 2018 el Fondo recibió la Auditoría del ente certificador para evaluar la vigencia 2017. En este ejercicio el principal objetivo de la Entidad fue el de alcanzar la certificación en la nueva versión de la norma ISO 9001:2015, cuyo plazo de implementación de acuerdo con la Organización Internacional de Normalización–ISO vence en septiembre de 2018.

Por lo anterior, se realizaron todas las actividades de mantenimiento y actualización anual, así como capacitación para todo el personal en la norma ISO 9001:2015 y la posterior auditoría interna de calidad evaluando el cumplimiento de todos los numerales de la norma ISO respecto de todos los procesos con que cuenta FONPRECON. El reto del ejercicio de auditoría con ICONTEC era el de mostrar con evidencias el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, hecho que se cumplió dado que la auditora recomendó la certificación en este sentido.

El siguiente cuadro identifica las actividades realizadas por FONPRECON atinentes a la sostenibilidad del Sistema de Gestión de la Calidad:

Cuadro 159. Sistema de Gestión de la Calidad NTCGP 1000:2009. NTC-ISO 9001:2015

Actividades Sostenibilidad SGC		2014	2015	2016	2017	2018 (mar)
Actualización procedimientos, manuales y formatos		41	54	45	62	36
Mejora Continua	Acciones preventivas	23	22	24	19	19
	Acciones correctivas	11	10	7	9	9
	Acciones de mejora	1	2	2	7	7
Actualización mapas de riesgos		12	12	11	10	4
Total de riesgos identificados		66	62	58	58	58
Nivel de satisfacción del usuario		98%	99%	95%	84%	-
Número de hallazgos Auditorías Internas		5	2	1	2	-
Número de hallazgos Auditorías ICONTEC		2	1	0	3	-

Fuente: FONPRECON

Gestión de cartera (de 2014 a abril de 2018)

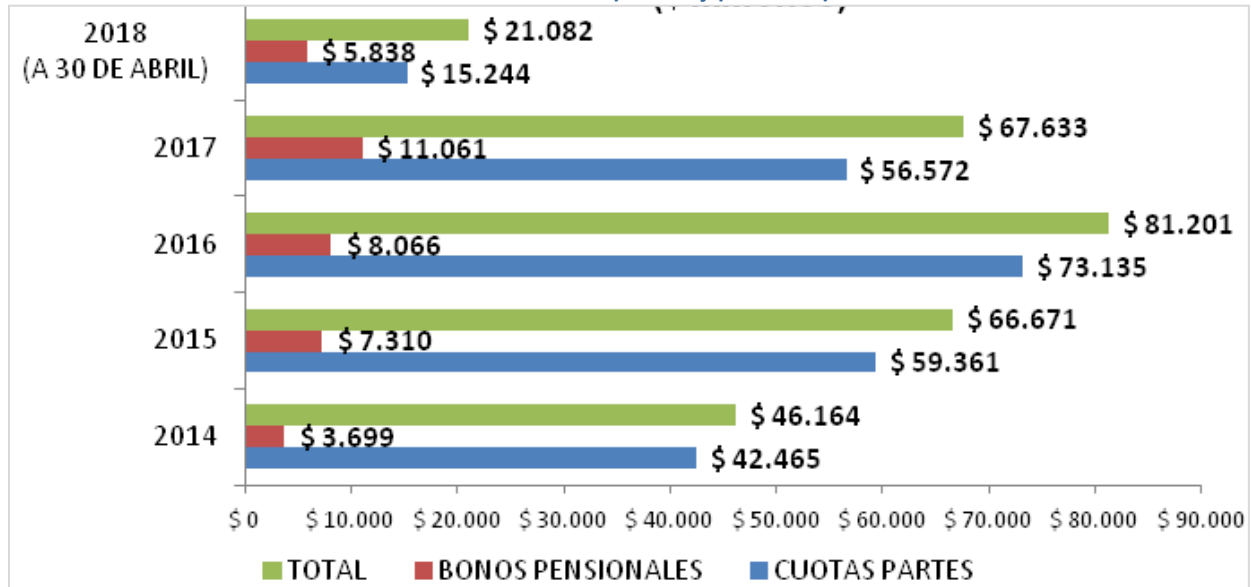
La cartera del Fondo corresponde a las acreencias por concepto de cuotas partes pensionales y por cuotas partes de bonos pensionales, originadas por el pago de mesadas pensionales.

El cobro de la cartera de FONPRECON tiene dos instancias a saber: i) el cobro persuasivo, el cual inicia con la remisión mensual de una cuenta de cobro a las entidades concurrentes por cada pensionado; y, ii) el cobro coactivo, el cual se inicia por parte del funcionario ejecutor del Fondo, si trascurridos 2 meses de envío de la cuenta de cobro no se recibe pago alguno.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 78 de la Ley 1753 de 2015 no se efectúa cobro por concepto de cuotas partes pensionales a las entidades del orden nacional, razón por la cual, desde mayo de 2015 –fecha para la cual enviaban mensualmente un promedio de 2.650 cuentas por \$6.100 millones–, en la actualidad su valor mensual disminuyó a 1.280 cuentas de cobro y \$3.100 millones.

La cartera por bonos pensionales se origina luego de reconocida la pensión la cual se financia por este sistema y se cobra inmediatamente. A continuación se indica el valor de los recaudos por concepto de cuotas partes y bonos pensionales, desde 2014 hasta abril de 2018:

Ilustración 74. Recaudo de cartera por año y por concepto. FONPRECON



Fuente: FONPRECON

Nota: Cifras en millones de pesos

El recaudo de la cartera, tal y como se evidencia en la ilustración anterior, presenta una tendencia creciente año tras año debido a que FONPRECON mantiene un permanente contacto con las entidades e intensifica la gestión de cobro tanto por la vía persuasiva como coactiva; atiende en forma oportuna las solicitudes; facilita los pagos mediante la suscripción de acuerdos de pago; y, de otra parte, se ha logrado concientizar a las entidades en la adopción de una cultura de pago.

Rendición de cuentas

Durante el período 2014–2017 el Fondo del Congreso realizó las acciones de rendición de cuentas a la ciudadanía, como a continuación se indica:

Cuadro 160. Rendición de cuentas

2014	2015	2016	2017
Audiencia pública de rendición de cuentas Fecha: Septiembre 25	Taller de Pre-pensionados – Senado de la República Fecha: Agosto 6	Audiencia pública de rendición de cuentas Fecha: septiembre 7	Audiencia pública de rendición de cuentas Fecha: agosto 31
	Conversatorio régimen de Prima Media con Prestación Definida Fecha: Agosto 27	Conversatorio 1: Senado de la República: Fecha: octubre 13	Taller 1: Congreso de la República. Fecha: Junio 29
	Taller de Pre-pensionados – Cámara de Representantes Fecha: Septiembre 10	Conversatorio 2: Senadores y Representantes a la Cámara. Fecha: octubre 27	Taller 2: Congreso de la República. Fecha: Agosto 16
	Audiencia Pública de Rendición de Cuentas Fecha: Septiembre 17	Taller 1 Afiliados y personal pre-pensionado: bonos Fecha: octubre 13	Taller 3: Fonprecon Fecha: Noviembre 17
		Taller 2: Senado de la República. Condiciones pensión de vejez Fecha: octubre 27	

Fuente: FONPRECON

Gestión ambiental

Durante el periodo informado, el Fondo ha participado de manera activa en el Programa de Gestión Ambiental Empresarial de la Secretaría Distrital del Medio Ambiente, de tal forma que obtuvo la certificación del nivel I ACERCAR expedida por esa Secretaría. En 2014 el Fondo fue certificado en el nivel II-PRODUCCIÓN SOSTENIBLE y con la asesoría de esta Entidad se adoptaron medidas de ahorro de agua y energía.

En 2016 participó en el programa de gestión ambiental (SGA) y asistió a las capacitaciones para su implementación; hizo parte de la semana eco-empresarial denominada jornada de restauración ecológica llevada a cabo en la Serranía del Zuque en la localidad de San Cristóbal de Bogotá, D.C. Adicionalmente, FONPRECON ha sido promotor de la conservación del medio ambiente. En materia laboral y de operación para su funcionamiento, ha mantenido –desde 2015– la promoción de racionalización del uso del papel mediante diferentes estrategias, teniendo hoy en día como pilar de su comunicación, el correo electrónico interno, el cual tiene especial utilización por parte de sus servidores.

Gestión tecnológica

Seguridad de la información

Desde 2014, el Fondo ha brindado sostenimiento continuo (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) sobre los componentes relevantes que enmarcan la seguridad de la información, como son la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, partiendo de un mapa de riesgos con sus respectivos controles efectivos y alcanzables, tales como:

- Renovación de hardware y software representado en estaciones de trabajo, equipos servidores y su extensión de garantía, sistemas operativos, paquetes de ofimática, entre otros, con vida útil dentro del plan de mantenimiento y soporte del fabricante. En este sentido, la Entidad basa su operación tecnológica en sistemas operativos Windows 7, Windows 10, Windows Server 2012 R2, Windows Server 2016, Microsoft Office 2013 y 2016 y Microsoft SQL Server 2014 SP2, entre otros.
- Desarrollo de procedimientos automáticos y controlados para instalar los parches de seguridad que cada fabricante pone a disposición, tanto de hardware como de software, lo que resulta en una plataforma tecnológica confiable.
- Siendo conscientes del riesgo que significa el cibercrimen en cualquiera de sus manifestaciones, se pasó de un *firewall* perimetral a la implementación de una Gestión Unificada de Amenazas (UTM, por sus siglas en inglés), integrando en ella componentes de seguridad como filtrado del tráfico desde y hacia internet mediante reglas definidas, control de SPAM, antivirus de borde, filtro de contenido web, sistema de prevención de intrusos (IPS), protección ante sitios web maliciosos, entre otros, que junto con la solución antivirus presente en cada estación de trabajo y servidor, brindan un control adecuado para la entrada y salida de información.
- Se han establecido planes y políticas que a su vez han sido socializadas al interior de la Entidad, tales como: políticas de TI, plan de continuidad de negocio BCP, plan de recuperación ante desastres tecnológicos DRP, plan de contingencia, sobre los cuales se hacen pruebas periódicas con sus resultantes oportunidades de mejora.
- Desde finales del 2017, se realizó la integración al Equipo de Respuesta a Incidentes de Seguridad Informática (CSIRT COLOMBIA) que, mediante la iniciativa del MINTIC, busca integrar el apoyo entre entidades de gobierno para hacer frente a las amenazas cibernéticas.
- Implementación de una solución tecnológica para generación y restauración de copias de seguridad, integrando en cada copia del tipo instantánea de servidor, el sistema completo, es decir, sistema operativo, aplicaciones, configuraciones, archivos y bases de datos, pero con una restauración granular lo que redundaría en menores tiempos de indisponibilidad de un servicio u objeto tales como bases de datos, usuarios, archivos, buzones de correo, entre otros. Este escenario de copias de respaldo, cuenta con dos repositorios, el primero aprovechando

el almacenamiento del centro de datos de la Entidad y el segundo en cintas magnéticas de categoría LTO7, extendiendo de esta forma el tiempo de retención de las copias.

- El acceso a las instalaciones de la Entidad está controlado mediante sistemas biométricos, personal de vigilancia privada, video vigilancia e identificación de los trabajadores mediante su carnet respectivo.
- El acceso al centro de datos, cuenta con control biométrico de dos pasos (huella+tarjeta) y bitácora de registro para personal no frecuente
- La seguridad para el acceso a los sistemas de información y demás servicios de tecnología está basado en la segregación de autenticación para estaciones de trabajo y aplicaciones, mediante prácticas de directorio activo y control de las aplicaciones respectivamente, todo ello basado en procedimientos para solicitud y creación de permisos y roles, donde –por regla general– los usuarios de las estaciones de trabajo no tienen permisos administrativos. Desde el directorio activo se aplican de forma automática políticas de control tales como: vencimiento de usuarios y contraseñas, cierre de sesiones inactivas, grupos de acceso a recursos compartidos, entre otras.
- Se ha implementado una solución de inventario de software y hardware (LANSWEPPER) para permitir un control permanente sobre variables tales como: software instalado, nivel de actualización de un sistema operativo, identificación de equipos vulnerables, periodo de garantía, espacio de almacenamiento, cambios de hardware, descubrimiento de todo dispositivo conectado a la red, entre otros.

Se cuenta con un centro de datos ubicado en la sede de la Entidad, donde se centralizan los sistemas de información y demás servicios de tecnología, donde la operación tecnológica está soportada sobre condiciones esperadas de temperatura, suministro de energía mediante corriente eléctrica regulada, UPS y una planta eléctrica modernizada durante 2017. Todo ello para garantizar las mejores condiciones de operación de la infraestructura tecnológica y plataforma respectiva.

Comunicaciones

FONPRECON presenta progresos significativos en relación a los tiempos de acceso y navegación en internet, con la implementación de un canal dedicado principal (que a su vez cuenta con un canal back up) para toda la organización con un incremento del 500% en disponibilidad, pasando de un ancho de banda de 4 megas a un canal dedicado de 20 megas en fibra óptica, con una reducción significativa en la inversión, dado que la contratación se efectuó bajo el Acuerdo Marco de Precios de Conectividad de Colombia Compra Eficiente–CCE.

En la misma vía, desde 2014 el Fondo asumió el montaje e implementación de los servicios de mensajería electrónica, administrados, soportados y operados por la entidad, bajo la nueva plataforma de seguridad, y haciendo uso de herramientas de última tecnología (Microsoft Exchange 2013), lo cual redundó en mejores tiempos de respuesta en la recepción y entrega de mensajes electrónicos a los usuarios internos y externos de la Entidad.

Otro avance obtenido en esta área, se concretó mediante la implementación del servicio de acceso inalámbrico a la red de datos (Wi Fi), con administración centralizada integrada al Appliance UTM de Seguridad que ofrece cobertura para todas las oficinas y espacios físicos del Fondo, desligando los equipos de cómputo de la red física en caso que se requiera.

Tecnología en herramientas de cómputo y software de usuarios locales

A nivel de clientes se generó, desde 2014, un cambio en toda la tecnología de manejo de equipos de cómputo, pasando del uso de sistemas operativos obsoletos sin soporte en el mercado (Windows XP) hacia una plataforma más actualizada (Windows 10), con las herramientas de software ofimático office 2013 y con clientes de antivirus, administrados en forma centralizada, vinculados a toda la plataforma de seguridad de directorio activo, permitiendo así la implementación de políticas de seguridad, administración y acceso a nivel de equipo y de usuarios para todos los clientes internos de FONPRECON.

Manejo de procesos de tecnologías de información

Respecto de la Arquitectura de Operación de Tecnologías de información, FONPRECON adecuó la construcción tecnológica, bajo un nivel de tres capas integradas (presentación, lógica y base de datos), con independencia en su construcción y ámbito de operación, bajo una plataforma de *Internet Information Services*, en *net framework* y un motor de base de datos SQL Server.

FONDO PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA

Ejecución presupuestal

Para el período 2014-2017 y 2018 (a marzo), a continuación se evidencia la ejecución del presupuesto (respecto a las obligaciones) y la diferencia en la ejecución de los valores de compromisos y obligaciones:

Cuadro 161. Ejecución presupuestal FONFERROCARRILES

Periodo	Apropiación vigente (millones de pesos)	Compromisos (millones de pesos)	Obligaciones (millones de pesos)	% ejecución respecto a las obligaciones	% diferencia compromiso-obligación
2014	\$ 475.287	\$ 459.801	\$ 457.270	96.21%	0.55%
2015	\$ 485.963	\$ 472.024	\$ 468.038	96.31%	0.84%
2016	\$ 515.195	\$ 511.769	\$ 504.793	97.98%	1.3%
2017	\$ 542.537	\$ 532.109	\$ 515.642	95.04%	3%
2018 (Mar.)	\$ 538.420	\$ 171.589	\$ 102.945	19.12%	40%

Fuente: FONFERROCARRILES

Apreciando la ejecución presupuestal por Unidades, según el objeto de gasto para la Unidad Pensiones, a continuación se presente el porcentaje de obligaciones respecto al presupuesto disponible y la diferencia en la ejecución de compromisos y obligaciones (ver cuadro siguiente). Este comportamiento se considera altamente satisfactorio teniendo en cuenta que esta ejecución depende de la variación de la cancelación de las mesadas pensionales y prestación de servicios de salud.

Cuadro 162. Unidad Pensión

Periodo	Apropiación vigente unidad pensión	Obligaciones unidad pensión	Compromisos unidad pensión	% obligaciones respecto al Ppto. disponible	% diferencia compromiso-obligación
2014	\$ 312.269	\$ 304.157	\$ 304.658	97.40%	0.16%
2015	\$ 318.786	\$ 308.466	\$ 310.599	96.76%	0.69%
2016	\$ 330.836	\$ 326.321	\$ 328.244	98.64%	0.59%
2017	\$ 345.815	\$ 337.881	\$ 340.076	97.71%	0,65%
2018 (Mar.)	\$ 350.767	\$ 73.105	\$ 78.564	20.84	6.95%

Fuente: FONFERROCARRILES

A continuación se observando la ejecución presupuestal por Unidades, según el objeto de gasto para la Unidad Salud (ver cuadro siguiente). Este comportamiento se considera altamente satisfactorio teniendo en cuenta que la ejecución depende de la variación objeto por la cancelación de las mesadas pensionales y prestación de los servicios de salud.

Cuadro 163. Unidad Salud

Periodo	Apropiación vigente unidad salud	Obligaciones unidad salud	Compromisos unidad salud	% obligaciones respecto al ppto disponible	% diferencia compromiso-obligación
2014	\$ 163.018	\$ 153.113	\$ 155.144	93.92%	1.31%
2015	\$ 167.177	\$ 159.571	\$ 161.425	95.45%	1.15%

Periodo	Apropiación vigente unidad salud	Obligaciones unidad salud	Compromisos unidad salud	% obligaciones respecto al ppto disponible	% diferencia compromiso- obligación
2016	\$ 184.359	\$ 178.472	\$ 183.525	96.81%	2.75%
2017	\$ 196.722	\$ 177.761	\$ 192.033	90.36%	7.43%
2018 (Mar.)	\$ 187.653	\$ 29.840	\$ 93.025	15.90%	67.92

Fuente: FONFERROCARRILES

Comités de evaluación de servicios de salud y de prestaciones económicas

El Fondo presta los servicios de salud a los pensionados y sus beneficiarios de las empresas liquidadas Ferrocarriles Nacionales y Puertos de Colombia, al igual que reconoce las prestaciones económicas legales y convencionales a los extrabajadores pensionados y beneficiarios de las liquidadas empresas Ferrocarriles Nacionales de Colombia y ALCALIS; por tal motivo, la entidad creó espacios de participación ciudadana a través de los comités de evaluación de servicios de salud tanto regionales como locales, también a los comités regionales de prestaciones económicas de los que hacen parte las veedurías ciudadanas legalmente constituidas, quienes hacen seguimiento a la prestación de los servicios de salud y al trámite del reconcomiendo de las prestaciones.

En dichos comités se da respuesta a las inquietudes y observaciones de los usuarios, en donde tanto los veedores como los representantes de la entidad tiene una participación activa frente a los prestadores de salud, de los cuales resultan planes de mejoramiento y están apoyados por seguimientos específicos y un monitoreo constante de la prestación de los servicios de salud.

Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

De acuerdo a lo establecido por el Decreto Antitrámites-Decreto 019 de 2012, el Estatuto Anticorrupción-Ley 1474 de 2011, la Ley 87 de 1993 (normas para el ejercicio del control interno); la actualización del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) Decreto Nacional 943 de 2014, Decreto 1083 de 2015 que modifica el Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015-Decreto 1499 de 2017, el Fondo formuló para las vigencias 2014-2017 el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano dando cumplimiento a lo dispuesto en la estrategia con los siguientes componentes: i). Gestión del Riesgo de Corrupción-Mapa de Riesgos de Corrupción y medidas para mitigar los riesgos; ii). Racionalización de Trámites; iii) Rendición de Cuentas; iv) Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano; y, v) Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información; los cuales fueron aprobados y publicados en la página web de la entidad.

Avances en el cumplimiento de la Estrategia de Gobierno en Línea

Durante el cuatrienio se ha dado cumplimiento al Decreto Único Reglamentario 1078 de 2015 del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y al Decreto 415 de 2016, entre otros.

La Entidad ha desarrollado una serie de actividades para dar cumplimiento a los Componentes de GEL: TIC para servicio, TIC para Gobierno Abierto, TIC para Gestión y Seguridad y Privacidad de la Información; en los cuales se desarrollaron acciones relacionadas a la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información mediante diagnóstico del estado actual de la gestión de seguridad y privacidad de la información al interior de la entidad, análisis de línea base de Identificación el nivel de madurez de seguridad y privacidad de la información en la entidad, política de seguridad y privacidad de la información controles, roles y responsabilidades de seguridad y privacidad de la información, inventario de activos de información e índice de información clasificada y la planeación, ejecución y evaluación del programa de concientización sobre seguridad y privacidad de la información del sistema de gestión de la seguridad de la información.

De otra parte, se ha trabajado en la actualización de la documentación del proceso Gestión TIC relacionada con los lineamientos dispuestos en la Estrategia de Gobierno en Línea, al igual que se realizó la Identificación de los riesgos, los cuales se encuentran en proceso de evaluación por cada uno de los procesos y así proceder a su valoración y tratamiento.

Simplificación de trámites

Dentro del componente Racionalización de Trámites del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el Fondo formuló y cargó la estrategia de racionalización en la plataforma del Sistema Único de Información de Trámites–SUIT y el “Formulario Único de Prestaciones Económicas”, el cual fue aprobado por el Departamento Administrativo de la Función Pública y socializado ante las federaciones, agremiaciones y pensionados en general para su uso y aplicación.

8.6 Respuesta del sector salud ante el posconflicto

En el marco del posconflicto, el Ministerio dio respuesta con acciones concretas. Se afilió de manera expedita a los reincorporados de las FARC al régimen subsidiado, se efectuó despliegue de médicos y ambulancias en los Espacios Territoriales de Consolidación y Reincorporación–ETCR (antes zonas veredales) como acción complementaria a las actividades lideradas por el Fondo de Programas Especiales para la Paz para la atención en salud a los habitantes en las distintas zonas, se avanzó en la formulación de iniciativas de rehabilitación para reincorporados en situación de discapacidad, se emprendió un proyecto de salud en los 25 municipios donde se localizan los ETCR, se adelantó el diagnóstico de capacidad instalada en municipios priorizados en el marco de la construcción de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial–PDET y se avanzó en la planificación concertada de las acciones más inmediatas; esto es, Plan Marco de Implementación, Plan Nacional de Salud Rural y Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición; y se adelantó la construcción del Programa Nacional de Intervención Integral Frente al Consumo de Sustancias Ilícitas.

Aseguramiento en salud a excombatientes de las FARC

Según la normativa vigente, el proceso de aseguramiento en salud de las personas en proceso de reincorporación, se llevó a cabo según lo reglado por el Decreto 1937 de 2016, que adiciona el Capítulo 6 al Título 10 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que fue posteriormente modificado por el Decreto 294 de 2017. Estas normas establecen, ente otros, las reglas para la afiliación de los miembros de las FARC al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (artículo 2.1.10.6.4), el listado censal (artículo 2.1.10.6.5), el tratamiento de la información (artículo 2.1.10.6.6), la inscripción a la EPS (artículo 2.1.10.6.7) y el reconocimiento, liquidación y giro de la UPC a la EPS respectiva (artículo 2.1.10.6.8 modificado por el Decreto 294 de 2017).

Posteriormente, en aras de garantizar el derecho fundamental a la salud de dicha población, se establecieron disposiciones relacionadas con el reporte de información de los reincorporados de las FARC para su afiliación al SGSSS y con el giro de recursos de UPC del subsidiado para su atención, a través de la Resolución 6057 de 2016 del MSPS modificada por las Resoluciones 310 y 1177 de 2017, para lo cual se determinó la estructura de datos y los parámetros para el reporte del listado censal de los reincorporados de las FARC y el procedimiento para la liquidación y giro de los recursos por esta población. Las normas mencionadas enmarcan las actuaciones que ha surtido el Ministerio, en aras de poner en funcionamiento el aseguramiento en salud y por ende el derecho a la salud de los reincorporados.

El insumo o punto de partida de este proceso fue el listado de los reincorporados de las FARC, el cual fue suministrado directamente por ese grupo a la Oficina del Alto Comisionado para la Paz–OACP; luego de lo cual ésta remitió el listado al MSPS para proceder con la validación, como lo indica el artículo 4° de la Resolución 6057 de 2016. Efectuadas las revisiones y validaciones, el Ministerio entregó la información a la Nueva EPS, para que se procediera a la afiliación, y posteriormente se retroalimenta a la OACP, para que ésta a su vez informara a cada afiliado en las Zonas Veredales Transitorias de Normalización (hoy ETCR).

Es importante señalar que se expidió el Decreto 2026 de 2017, el cual determina en su artículo 8, que “Para efectos del proceso de reincorporación, el proceso de aseguramiento en salud de los ex miembros de las FARC-EP de que tratan los Decretos 1937 de 2016 y 294 de 2017 continuará de manera transitoria, hasta tanto se culmine la fase actual de depuración de los listados censales.” En consecuencia, la norma citada estableció que hasta tanto culminará la depuración de los listados censales, el proceso de aseguramiento en salud se rige por los Decretos 1937 de 2016 y 294 de 2017.

De acuerdo con lo establecido en el citado Decreto 2026 de 2017, se expidió la Resolución 5271 de 2017 que permitió efectuar el proceso de actualización de la información de los reincorporados en la Base Única de Afiliados, actividad que se ejecutó en diciembre de 2017. Por tanto, conforme establece el artículo 4 de la citada resolución, desde enero de 2018, el proceso de afiliación y reporte de novedades de los reincorporados se efectúa por la Agencia Colombiana para la Reintegración.

La liquidación de recursos a favor de la Nueva EPS por el aseguramiento en salud de esta población, se efectuó a través del Fondo de Solidaridad y Garantía–FOSYGA, hoy ADRES, con cargo a los recursos correspondientes para la financiación del régimen subsidiado, los cuales desde la expedición del Decreto 1937 de 2016 y hasta diciembre de 2017, se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro 164. Liquidación de Recursos de la UPC

Mes de liquidación	Total registros liquidados	Total valor girado
Liquidación 1 - enero 2017	5.090	209.246.753
Liquidación 2 - febrero 2017	10.964	430.001.629
Liquidación 3 - marzo 2017	9.476	408.179.583
Liquidación 4 - abril 2017	8.264	405.872.972
Liquidación 5 - mayo 2017	9.740	445.929.222
Liquidación 6 - junio 2017	9.645	467.640.900
Liquidación 7 - julio 2017	18.538	453.588.799
Liquidación 8 - agosto 2017	10.388	497.578.645
Liquidación 9 - septiembre 2017	9.995	486.768.788
Liquidación 10 - octubre 2017	10.889	534.035.029
Liquidación 11 - noviembre 2017	10.335	507.471.077
Liquidación 12 - diciembre 2017	10.295	487.044.168

Fuente. FOSYGA/ADRES.

Nota. Se incluye información de afiliados para todos los periodos liquidados.

Despliegue de médicos y ambulancias en los ETCR

Además de estas afiliaciones, se vio la necesidad de desplegar equipos médicos y vehículos de evacuación médica. Ello se hizo con cargo a recursos del Fondo de Programas Especiales para la Paz y bajo la condición de que dicho despliegue beneficiara tanto a población excombatiente como población residente en zonas aledañas. Esta actividad fue complementada por el Ministerio a través de la asignación de recursos a las ESE para la realización de jornadas extramurales. Con lo anterior, se lograron cerca de 20 mil atenciones a excombatientes y comunidades aledañas. A través de jornadas de salud complementarias se han dado más de diez mil atenciones adicionales.

Adicionalmente, a través de la Resolución 6357 de 2016 del MSPS se autoriza la asignación directa de plazas que se encuentren vacantes o de las que se lleguen a crear para los ETCR o en las que se establezcan posteriormente, dentro de la implementación del Acuerdo Final y hasta su culminación.

Rehabilitación de reincorporados en situación de discapacidad

De forma conjunta con la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN), se ha realizado el levantamiento de la información y caracterización de los reincorporados. El MSPS está a la espera de los resultados para dar inicio a la implementación de la ruta de rehabilitación funcional para la población en discapacidad y tener un dato más acertado del universo al intervenir.

Por otro lado, se ha desarrollado una propuesta de proyecto de rehabilitación funcional dirigida a la cooperación internacional toda vez que, como se establece en el Acuerdo Final se requiere un esfuerzo financiero conjunto entre Gobierno y cooperantes para materializar el acceso integral a servicios de salud de los reincorporados en situación de discapacidad que se ubican en los 26 ETCR. Ello en el entendido de que existe una significativa demanda de

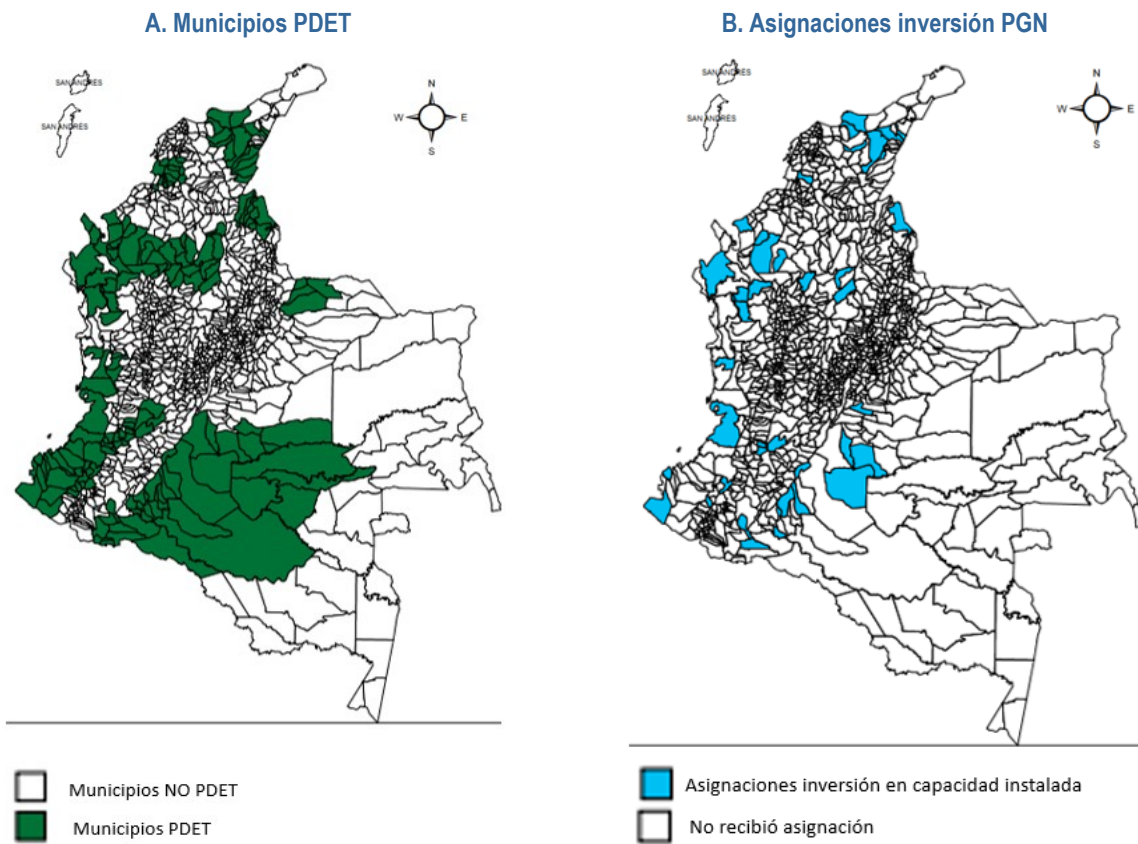
servicios de rehabilitación y de que sus costos son altos, más aún si se tiene en cuenta que la mayoría de la población se ubica en zonas dispersas del país y de difícil acceso.

Infraestructura y dotación

De los recursos asignados desde la Nación en la vigencia 2017 a través del MSPS, para la adquisición de ambulancias, dotación e infraestructura de los hospitales en los municipios del país (expuestos en la sección quinta de este documento), \$55 mil millones se orientaron a 40 municipios de los 170 priorizados en los PDET, lo cual mejora el acceso a los servicios de salud a los colombianos que viven en estas zonas rurales y dispersas.

En la siguiente ilustración se representa la ubicación de los municipios beneficiados con estos recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN).

Ilustración 75. Municipios PDET con recursos asignados 2017



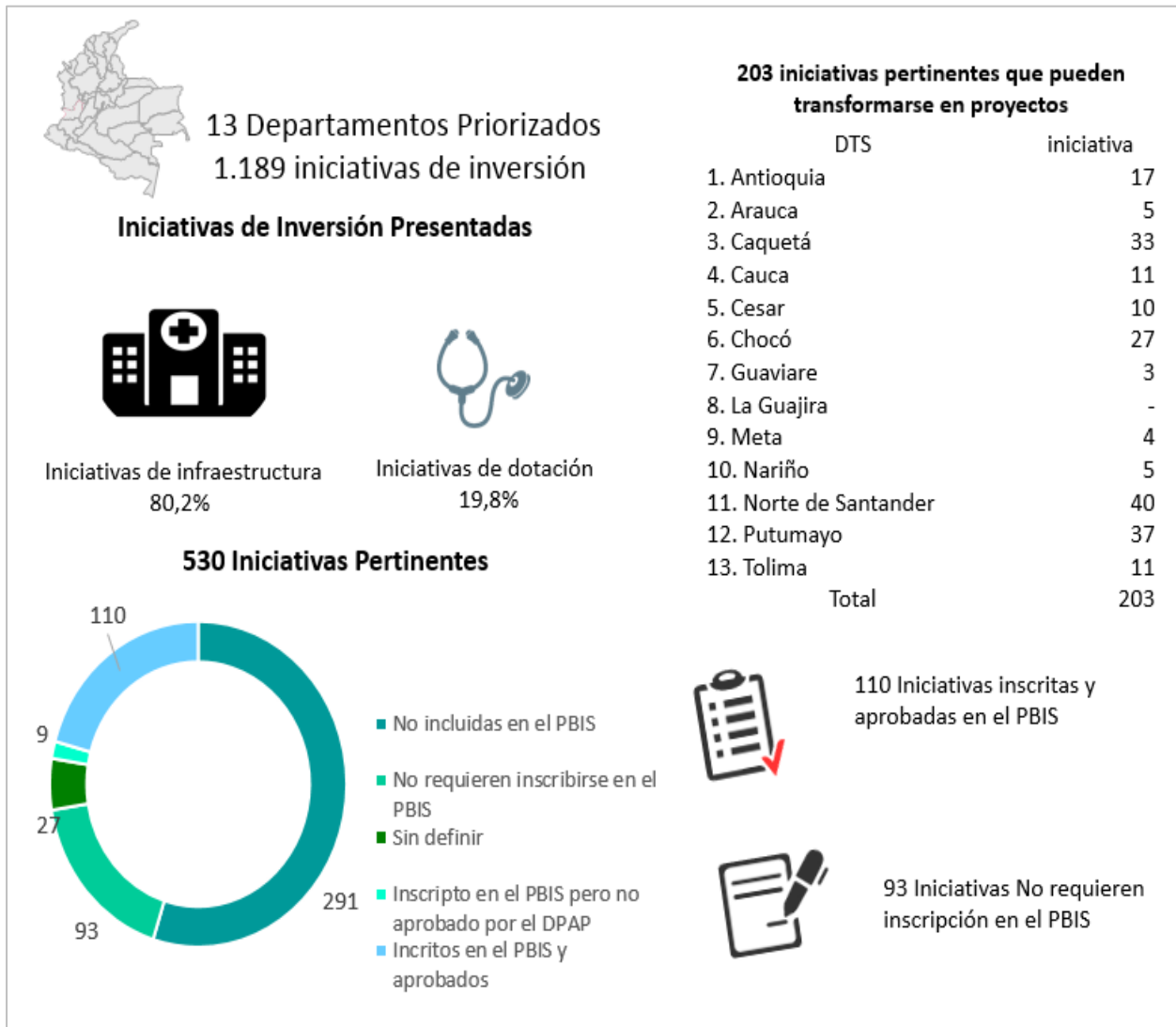
Diagnóstico participativo de la prestación de servicios y capacidad instalada (infraestructura y dotación), en zonas rurales dispersas

Con el fin de adelantar este diagnóstico, una vez se oficializó el Acuerdo Final con las FARC y en el marco de la normatividad sectorial (Ley 715 de 2001, Artículo 56 de la Ley 1450 de 2011 y Resolución 2514 de 2012), el MSPS generó lineamientos y ha prestado asistencia técnica a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) para la construcción del documento de planeación de necesidades de inversión, en el marco de los respectivos Programas

Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de ESE y sus consecuentes Planes Bienales de Inversiones en Salud (PBIS) aprobados por el MSPS.

Gracias a esto y al trabajo en territorio, a la fecha se tiene un documento participativo inicial, para el fortalecimiento y desarrollo de la oferta pública de servicios de salud en los municipios priorizados en el escenario de posconflicto, construido con las iniciativas socializadas con los respectivos Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS) y posteriormente presentadas a este Ministerio por las entidades territoriales competentes.

Ilustración 76. Iniciativas de inversión



Fuente: Cálculos MSPS-OAPES con base en Dir. de Prestación de Servicios y Atención Primaria.

Salud Para la Paz, Fortaleciendo Comunidades

El Proyecto Salud para la Paz, Fortaleciendo Comunidades es una iniciativa del MSPS con el apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que busca el desarrollo de capacidades locales para la promoción y garantía del derecho a la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva (SSR), salud mental, prevención del

consumo de sustancias psicoactivas (SPA), salud infantil y desnutrición en 25 municipios y 14 departamentos donde se ubican los 26 Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR).

Plan Marco de Implementación del acuerdo final con las FARC

El Plan Marco de Implementación (PMI) del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera (AFP) fue elaborado por el Gobierno Nacional a través del DNP y la participación el MSPS (entre otras entidades) para posterior aprobación en el marco del Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación a la Implementación del Acuerdo Final (CSIVI) y el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES).

El documento que recoge el Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera menciona cinco (5) dimensiones relacionadas directamente con el sector salud que son las siguientes:

1. Desarrollo social: con el propósito de acercar la oferta de servicio de salud a las comunidades, se creará el Plan Nacional de Salud Rural, el cual tendrá como criterios la construcción y mejoramiento de infraestructura en salud, dotación de equipos y adopción de nuevas tecnologías, talento humano cualificado, disponibilidad y permanencia de personal cualificado, prevención, promoción y atención en salud con enfoque diferencial y de género, atención a población dispersa, la creación de un "Modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas" y la creación de un modelo de evaluación.
2. Seguridad alimentaria: Garantía progresiva del derecho a la alimentación; acceso y consumo de alimentos de calidad nutricional y en cantidad suficiente.
3. Estrategias de reincorporación económica: Establecer, excepcionalmente, para enfermedades graves de alto costo y para la rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto, un sistema especial con la cooperación nacional e internacional, en el marco del CNR, para su atención durante 36 meses.
4. Solución al problema de las drogas ilícitas: crear el Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas y el Sistema Nacional de Atención a Personas Consumidoras de Drogas Ilícitas.
5. Derechos de las víctimas: Reparación, ampliar la cobertura pública y el despliegue territorial de la atención psicosocial.

En esta materia, se logró concertación de los indicadores de seguimiento en los componentes de salud del Acuerdo. En las distintas dimensiones el MSPS participa con al menos 20 compromisos e indicadores específicos. En estos indicadores se ha adoptado el enfoque diferencial y de género.

Plan Nacional de Salud Rural

El primer punto del Acuerdo Final, "Hacia un Nuevo Campo Colombiano: Reforma Rural Integral", tiene como objetivo sentar las bases para la transformación estructural del campo y lograr un relacionamiento equitativo entre el ámbito urbano y el rural. Para avanzar en este propósito y contribuir al cierre de brechas, se ha dispuesto poner en marcha los Planes Nacionales para la Reforma Rural Integral, dentro de los cuales se incluye el Plan Nacional de Salud Rural–PNSR.

Durante febrero del 2017, en las mesas temáticas que se desarrollaron bajo el marco de la formulación del PMI, se trabajó sobre las primeras propuestas orientadoras que desarrollaran los criterios establecidos en el Acuerdo Final en relación al PNSR. Posteriormente, en julio de 2017, se inició de manera formal la formulación del PNSR, por medio del Taller "Colombia Renace-Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET)". El objetivo principal de este taller fue establecer un diálogo ordenado entre los sectores que componen el Gobierno y la Agencia de Renovación Territorial (ART), de cara a la estructuración y puesta en marcha de los PDET, además de acordar conjuntamente las temáticas, instancias y actores necesarios para la implementación de los Planes Nacionales, los cuales deben de estar constituidos siguiendo las disposiciones del Acuerdo Final sobre un componente participativo.

Entre los meses de agosto y septiembre del mismo año, bajo la coordinación de la ART y con la participación de las FARC, se dieron discusiones relevantes que permitieron definir los lineamientos y alcance que deberían tener todos los Planes Nacionales. Para octubre de 2017 se definió entre los involucrados elementos puntuales que deberían desarrollarse y el enfoque participativo deseado para la construcción del plan.

En consonancia con lo anterior, durante el último trimestre de 2017 el MSPS adelantó discusiones y trabajos internos, con el fin de materializar los criterios definidos en el Acuerdo Final referentes al PNSR en acciones y metas. En el este periodo se obtuvo una versión preliminar del documento y se recibió retroalimentación informal por parte del DNP y la Alta Consejería Presidencial para el Posconflicto.

Siguiendo con la anterior metodología, en enero de 2018 se obtuvo el documento preliminar del Plan, el cual fue revisado y retroalimentado por parte de la Alta Consejería para el Posconflicto, la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, la Agencia de Renovación del Territorio, la Subdirección de Salud del DNP y el Grupo de Proyectos Especiales del DNP. Adicionalmente, se han generado espacios interinstitucionales con diferentes dependencias de la ART donde se ha delimitado de forma concreta la materialización del enfoque étnico y participativo que contempla el Acuerdo Final para la formulación e implementación del plan.

A su vez, se ha realizado el seguimiento a las iniciativas generadas en el pilar correspondiente al sector salud en desarrollo de las preasambleas veredales en el marco de la construcción de los PDET. Es pertinente anotar que la versión final del documento usará como insumo los resultados en salud de dichos PDET, a la luz de las líneas estratégicas del plan.

En cuanto a su contenido, el PNSR parte del reconocimiento de la salud rural como parte fundamental para el desarrollo y construcción de la paz estable y duradera, dado que ésta es considerada un elemento fundamental para crear condiciones de bienestar para la población rural y promover la transformación del campo colombiano. El documento preliminar del plan está constituido por cuatro componentes que interrelacionan entre sí:

a. Diagnóstico de la salud rural en el campo colombiano: El diagnóstico parte del análisis de los efectos del conflicto armado en la salud de la población y el análisis de las brechas entre el campo y la ciudad.

b. Instrumentos de política pública en los que se enmarca el plan: Se abarcaron las diferentes herramientas normativas y técnicas ya establecidas por el MSPS en desarrollo de sus competencias habituales, donde se identificaron puntualmente los planes y políticas que apuntan a los objetivos estratégicos planteados en el plan.

c. Definición de objetivos, justificación y alcance: El desarrollo de este componente partió de los insumos arrojados en los componentes anteriormente anotados y definió los objetivos y alcance del PNSR, dando lineamientos para el desarrollo de los siguientes componentes el plan.

d. Componente estratégico: Siguiendo los lineamientos otorgados por el Acuerdo Final se presentan las siguientes estrategias configuradas en cinco pilares: i) Construcción e implementación de un Modelo Especial de Salud Pública Acorde a las características de Población y Territorios; ii) Aumentar la cobertura del aseguramiento en zona rural; iii) Fortalecimiento de la oferta de salud en el campo colombiano; iv) Estrategias de priorización de salud pública para el posconflicto; y, v) Diseño e implementación de un sistema de seguimiento y evaluación.

e. Fases de implementación de la propuesta: La formulación del plan estará basada en la participación ciudadana y de los diferentes agentes en territorio y que, de la misma manera, la implementación, así como el seguimiento y evaluación, requerirán del compromiso decidido de las entidades territoriales y el empoderamiento de las comunidades. Cabe resaltar que el actual documento se encuentra el proceso de concertación con las diferentes instancias competentes y está sujeto a modificaciones.

De conformidad a lo anteriormente expuesto, el acto administrativo que adopte el documento final de PNSR deberá iniciar el trámite a finales del primer semestre del 2018.

Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición

De acuerdo con lo definido en el punto 5 del Acuerdo frente a la rehabilitación psicosocial, El MSPS ha liderado la construcción del Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, en conjunto con la Unidad para las Víctimas, la Agencia para la Reincorporación y la Normalización–ARN y el Centro Nacional de Memoria Histórica–CNMH, cuyo objetivo general consiste en contribuir a la construcción de convivencia, reconciliación y garantías de no repetición, a través de la rehabilitación psicosocial y la atención en salud física y mental de individuos, familias y comunidades afectadas por el conflicto armado, conforme a lo definido en el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera.

Las entidades involucradas decidieron incorporar en dicho plan, tanto las medidas de recuperación emocional a nivel individual a las que hace referencia el Acuerdo Final, así como lo mencionado frente a los componentes colectivo y comunitario, en sus tres líneas de estratégicas:

- Línea 1: Recomendaciones para la incorporación del enfoque psicosocial en los mecanismos del Sistema Integral de Verdad Justicia Reparación y No Repetición–SIVJRNR.

En esta línea se desarrollan recomendaciones para la incorporación del enfoque psicosocial en la construcción de paz en el SIVJRNR y de manera particular en cada uno de sus mecanismos: Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Unidad Especial para la Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas y la Jurisdicción Especial para la Paz. En esa medida, se recogen buenas prácticas y lecciones aprendidas susceptibles de ser incorporadas en la implementación del Acuerdo, provenientes de la experiencia internacional en escenarios de justicia transicional al igual que de procesos ya desarrollados en Colombia en el marco de la Ley de Justicia y Paz y la Ley de Víctimas.

En la actualidad se está definiendo la propuesta metodológica que permita la socialización y adopción de dichas recomendaciones por parte de las instituciones y mecanismos del SIVJRNR, de tal manera que se incorporen en su práctica cotidiana y se prevengan acciones con daño en los diferentes actores que intervienen en la materialización de los acuerdos.

- Línea 2. Fortalecimiento de la oferta psicosocial y salud integral.

En el marco del punto 5.1.3.4.1. del AFP “Medidas de recuperación emocional a nivel individual”, y teniendo en cuenta los avances que como Estado se han dado frente a la atención psicosocial de las víctimas del conflicto, se incluye en esta línea la oferta vigente que deberá ser fortalecida de acuerdo con las competencias propias de las Entidades, buscando ampliar la cobertura y atender las afectaciones generadas por el conflicto armado.

Atendiendo a la finalidad del Plan de promover la convivencia y la no repetición, se ha considerado fundamental que esta línea también involucre el fortalecimiento de la atención psicosocial a los reincorporados, a la rehabilitación psicosocial colectiva y a las estrategias de salud mental, que ya vienen desarrollando las entidades con competencia y que ofrecen una mirada integral a la construcción de espacios de convivencia democrática en los territorios.

Desde el Ministerio de Salud y Protección Social, se ha revisado el fortalecimiento del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas–PAPSIVI, en términos de la necesidad de ampliar la cobertura territorial y poblacional a los lugares más apartados del país de acuerdo con lo definido en el punto 5.1.3.4. del AFP. Adicionalmente, se requiere fortalecer la respuesta institucional frente al daño psicosocial generado por hechos victimizantes como violencia sexual y desaparición forzada, entre otros.

- Línea 3. Estrategias psicosociales para la convivencia, la reconciliación y la no repetición.

Esta línea presenta las bases para la construcción de estrategias psicosociales para la convivencia, la reconciliación y la no repetición, enfatizando en los escenarios comunitarios con mayor afectación a causa del conflicto armado. Se

construye bajo el reconocimiento de la experiencia territorial y se plantea como una contribución a la construcción de una paz estable y duradera, y con ello procesos de reconciliación sostenibles, de convivencia y como promotores de garantías de no repetición.

Las estrategias psicosociales comunitarias buscan convocar todos los grupos poblacionales presentes en el territorio, agrupados principalmente en población víctima del conflicto armado, población civil de los territorios priorizados, excombatientes de las FARC-EP u otros grupos, e integrantes activos y/o retirados de las Fuerzas Militares y de Policía, alrededor de procesos de construcción de paz, convivencia y reconciliación, basados en la interacción entre estos grupos, y no solo al interior de los integrantes de cada uno de ellos, como ocurre actualmente. Con esto, se busca que, con el establecimiento de diálogos, acuerdos y relaciones de convivencia, se reduzca el riesgo de nuevos hechos de violencia social o política, contribuyendo a generar garantías de no repetición.

Sobre esta base, se definieron en la mesa de trabajo las comprensiones frente a lo colectivo y lo comunitario en el marco del Plan, con el fin de tener comprensiones conjuntas que dialoguen al interior de cada una de las Entidades, con las estrategias o programas que se implementen, de acuerdo con las competencias. De manera particular, el MSPS iniciará un proceso de co-construcción metodológica acorde a los componentes definidos para esta línea en el Acuerdo, que responda a las necesidades de las comunidades que sean priorizadas. Actualmente se está avanzando en este desarrollo metodológico que permita iniciar las acciones territoriales.

Programa Nacional de Intervención Integral Frente al Consumo de Sustancias Ilícitas

En 2018 se adelantó la revisión normativa para la creación el Programa Nacional de Intervención Integral Frente al Consumo de Sustancias Ilícitas que da respuesta a lo contemplado en el acuerdo en esta materia. Además, se diseñó la ruta metodológica para el ajuste participativo de la Política Pública de Consumo de Drogas y la creación de un sistema nacional frente al consumo de sustancias ilícitas.

8.7 Acciones de respuesta ante el fenómeno migratorio desde Venezuela

Magnitudes de la población migrante

- Colombianos retornados con sus familias⁹⁰ (algunas de ellas mixtas): 22.432 colombianos retornados y 1.950 deportados en 2015.
- Venezolanos en condición regular⁹¹: 376.572 personas, de las cuales 181.472 con PEP⁹².
- Venezolanos con Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF): 1.624.915 personas.
- Venezolanos en condición migratoria irregular, incluidos en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV): 442.462 personas.
- Venezolanos en condición migratoria irregular, no incluidos en RAMV: número indeterminado.

Atenciones en salud a nacionales venezolanos en Colombia

- Personas atendidas⁹³: 34.787 (corte a abril de 2018). El 39,7% se atendieron en Norte de Santander; 9,0% en La Guajira; 6,9% en Riohacha y 6,5% en el Distrito de Barranquilla⁹⁴.

⁹⁰ Estimación Migración Colombia: 20-25% del total migrantes procedentes de Venezuela.

⁹¹ Con cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia y PEP; susceptibles de afiliación al SGSSS.

⁹² Permiso Especial de Permanencia (PEP).

⁹³ Fuente: Reportes Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Circulares 012 y 029 de 2017 del MSPS.

Notificación de eventos de interés en salud pública en inmigrantes de Venezuela

- A semana epidemiológica 21 de 2018 se notificaron 1.928 casos, el triple con respecto a 2017 (631 casos).
- Mayor notificación: Malaria (34,6%), violencias de género (11,9%), VIH/SIDA/mortalidad por SIDA (5,7%), desnutrición aguda en menores de 5 años (4,9%), tuberculosis (4,8%) y demás eventos (37,4%).

Vacunación

- A abril de 2018: 302.088 dosis a personas venezolanas en Colombia⁹⁵.
- Costos de los biológicos utilizados ascienden a \$4.517 millones.

Ajustes normativos y de políticas públicas en salud

Cuadro 165. Ajustes normativos y de política pública

Tema	Ajustes
Aseguramiento en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 2228 de 2017. Aseguramiento de colombianos retornados o deportados con sus familias⁹⁶. • Resolución 5246 de 2016. Listado censal para afiliación directa al régimen subsidiado. • Resolución 3015 de 2017. Permiso Especial de Permanencia-PEP, documento válido de afiliación⁹⁷.
Gestión de salud pública	<ul style="list-style-type: none"> • Circular 025 de 2017. Fortalecimiento de acciones de salud pública para responder a la situación de migración de población proveniente de Venezuela. • Circulares varias⁹⁸, algunas de manera conjunta con el INS. • Formulación del Plan de Respuesta Sectorial para la atención del Fenómeno Migratorio⁹⁹. Incluye definición del plan básico de salud para inmigrantes irregulares. Prioridades: mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes; urgencias, vacunación, acciones de prevención y atención a personas afectadas por enfermedades transmisibles (VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, inmunoprevenibles); transmitidas por vectores (malaria, enfermedad de chagas, dengue, leishmaniasis, tracoma); anticoncepción; violencias (especialmente de género y trata de personas); condiciones crónicas (diabetes, asma, hipertensión); trastornos de salud mental y epilepsia.
Financiamiento de atenciones en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 866 de 2017. Recursos complementarios para atención de urgencias a inmigrantes sin capacidad de pago¹⁰⁰.
Gestión de la información en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Circulares 012 y 029 de 2017. Modificación de RIPS para introducir el campo de nacionalidad de los extranjeros atendidos en salud en Colombia.

Fuente: Viceministerio de Salud y Prestación de Servicios

⁹⁴ En el Sistema de Reporte de Extranjeros (SIRE) de Migración Colombia: atención a venezolanos (regulares e irregulares) en urgencias y hospitalización fueron 24.727 (en 2017) y 36.540 (entre enero y junio de 2018). Acumulado de atenciones: 63.995 (corte a junio de 2018).

⁹⁵ Distribución por grupo etario (2018): 85% menores de 5 años, 5% en gestantes y 10% mayores de 6 años.

⁹⁶ Antecedentes: Decreto 1770 de 2015. Por el cual se declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en parte del Territorio Nacional. Decreto 1978 de 2015. Por la cual se adoptan medidas para garantizar el aseguramiento al régimen subsidiado de los migrantes colombianos que han sido repatriados que han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela. Habilitación excepcional a EPS del régimen subsidiado intervenidas. Decreto 1768 de 2015 y 1495 de 2016. Condiciones de afiliación al SGSSS en el régimen subsidiado como población especial a través de listados censales que elaboran las entidades territoriales para Colombianos repatriados, que han retomado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela, vigencias anuales hasta diciembre de 2017.

⁹⁷ En armonía con la Resolución 5797 de 2017 (Cancillería) – Permiso Especial de Permanencia.

⁹⁸ Circulares desarrollan varios temas orientados a fortalecer acciones salud pública en entidades territoriales receptoras de inmigrantes. Desde vigilancia sanitaria en albergues temporales, detección y alerta temprana ante eventual presencia de virus y/o eventos reemergentes, transmitidos por vectores (zika, fiebre amarilla.); como también inmunoprevenibles (sarampión, rubeola y difteria).

⁹⁹ Objetivos Específicos del Plan: 1. Ubicar los procesos de la gestión de la salud pública más relevantes para abordar el fenómeno migratorio, estableciendo de qué manera se puede plasmar en acciones concretas para el territorio con el apoyo del nivel nacional; 2. Identificar y concertar estrategias y mecanismos de atención e intervención en salud, tanto para población migrante como también para comunidades receptoras; 3. Definir mecanismos de financiamiento, de fuentes territoriales, nacionales y de cooperación internacional, así como también acordar metodologías para el seguimiento a las atenciones, intervenciones y recursos, desde el sector salud.

¹⁰⁰ La regulación de esta fuente de financiación de atenciones de urgencias a inmigrantes de nacionales de las 11 fronteras de Colombia, requirió incluir un artículo específico en las leyes de presupuesto de las vigencias 2016 y 2017.

Aseguramiento en salud

- Con corte a mayo de 2018, se registra un total de 25.416 personas con Permiso Especial de Permanencia-PEP, en la BDUA; el 89% son afiliados al régimen contributivo.

Apoyo nacional fortalecimiento gestión salud pública entidades territoriales de frontera

- Transferencia de recursos para apoyar desarrollo de estrategias de prevención desde el enfoque comunitario que permitan mejorar la calidad de vida de la población pobre que reside en territorios de los departamentos de frontera especialmente afectados por el fenómeno migratorio; incluye la adquisición de unidades móviles.
- Inversiones en ESE de entidades territoriales fronterizas: i) Recursos para el fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud¹⁰¹; ii) Recursos para Sistema de Emergencias y Desastres¹⁰².

Gestión sectorial e intersectorial

- Participación del MSPS en la Comisión Nacional Intersectorial de Migraciones.
- Asistencia técnica permanente y continua a las entidades territoriales

Cooperación internacional

- Colocar en la agenda internacional la crisis en salud derivada de la migración venezolana¹⁰³.
- Gestiones con agencias de cooperación: USAID, Médicos sin Fronteras, PMA, AIDS Healthcare Foundation (AHF), Cruz Roja Colombiana, CICR y Cascos Blancos de Argentina.
- Reuniones en Presidencia de la Republica con la Unión Europea y agencias del sistema de Naciones Unidas.
- A la fecha se cuenta con el compromiso de la USAID por un monto de USD 2,5 millones.
- Se puso en marcha la primera fase, con duración de tres (3) meses, del Plan de Respuesta Humanitaria en Salud para población en situación de migración, formulado y ejecutado por la OPS en el marco del Plan de Respuesta Sectorial para la Atención del Fenómeno Migratorio. Entre las actividades financiadas se encuentra la contratación de seis (6) auxiliares de enfermería para apoyar la vacunación en Arauca, La Guajira y Norte de Santander. La financiación para esta fase asciende a USD\$743.037, de los cuales USD\$500.000 corresponde a fondos USAID.

Financiamiento desde el nivel nacional

- Para la vigencia fiscal 2017, el MSPS asignó \$10 mil millones a las siguientes entidades territoriales: Antioquia, Arauca, Barranquilla, D.P., Bogotá D.C., Boyacá, Cauca, Cartagena D.T., Cesar, Cundinamarca, Guainía, La Guajira, Nariño, N. Santander, Putumayo, Santa Marta, Valle del Cauca y Vichada.

¹⁰¹ Asignación de recursos de inversión del Presupuesto General de la Nación para el fortalecimiento capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud a la ESE Hospital Regional Norte del municipio de Tibú–Norte de Santander por un valor de \$7.678 millones a través de la Resolución 5422 de 2015, para la remodelación, adecuación y ampliación de esta IPS pública.

¹⁰² Para fortalecimiento del sistema de emergencias y desastres, los departamentos de Arauca, La Guajira y Norte de Santander han recibido transferencias de la Nación por más de 18 mil millones de pesos en los 3 últimos años, para apoyo y dotación de la red de prestación de servicios de sus municipios, con equipos médicos y ambulancias de transporte asistencial (TAB y TAM).

¹⁰³ Al respecto: inclusión del tema en la Asamblea de la OMS en 2018. Tratamiento a fondo del tema en la 162ª sesión del Comité Ejecutivo que conllevó la expedición del comunicado “Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los estados miembros vecinos”. Washington, D.C., EUA, del 18 al 22 de junio del 2018.

- Entidades territoriales a la expectativa de recursos vigencia 2018 y también por cuentas acumuladas que las IPS presentan a las direcciones territoriales de salud.

Acciones jurisdiccionales

- Tutelas varias que amparan el derecho a la salud de los inmigrantes irregulares, en contra de las entidades territoriales.
- Sentencias de la Corte Constitucional, las más relevantes: T-210/18¹⁰⁴, SU-677 de 2017, T-705/17, C-416/14 y C-834/07.

Agenda pendiente

- Definición de alcances del derecho a la salud de los inmigrantes incluidos en el RAMV.
- Definición de fuentes de financiación del plan de respuesta sectorial al fenómeno migratorio y su proyección en el mediano y largo plazo; incluyendo los recursos de concurrencia para la atención de urgencias.
- Concreción de recursos de cooperación internacional.

⌘

¹⁰⁴ La parte de resolutive de esta Sentencia, en el numeral sexto determinó: “**INSTAR** al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Relaciones Exteriores y a la Unidad Administrativa Migración Colombia la adopción de medidas dirigidas a la consecución de recursos de cooperación internacional y nacional, y cualquier otro tipo de medidas que le permita al Gobierno Nacional *avanzar lo más expedita y eficazmente posible* hacia la plena realización del derecho a la salud de los migrantes sin importar su estatus migratorio, especialmente respecto de aquellos en mayor situación de vulnerabilidad (niños, niñas, madres cabeza de hogar)”.