



La salud
es de todos

Minsalud

Informe
.....
al Congreso
.....
de la República
.....

2019-2020

LA SALUD
es de
TODOS

Dr. FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Dra. MARÍA ANDREA GODOY CASADIEGO
Viceministra de Protección Social

Dr. LUIS ALEXANDER MOSCOSO OSORIO
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Dr. GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

DESPACHO MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Directora Jurídica

Wilson Fernando Melo Velandia
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

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

Olga Lucía Giraldo Vélez
Jefe Oficina de Calidad

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

Sandra Liliana Silva Cordero
Jefe Oficina de Control Interno

Oscar Javier Siza Moreno
Jefe Oficina de Promoción Social

Ricardo Ángel Urquijo
Grupo de Comunicaciones

Paola Milena Bernal Cortés
Grupo Cooperación y Relaciones Internacionales

VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Félix Régulo Nates Solano

Director de Regulación, Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Anwar Rodríguez Chegade

Director de Financiamiento Sectorial

Plinio Alejandro Bernal Ramírez

Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

VICEMINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Sandra Lorena Girón Vargas

Directora de Epidemiología y Demografía

Claudia Milena Cuéllar Segura

Directora (E) de Promoción y Prevención

Samuel García de Vargas

Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Leonardo Arregocés Castillo

Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud

Ingrid R. Narváez Castro

Directora (E) Unidad Administrativa Especial (U. A. E.) Fondo Nacional de Estupefacientes

John Francisco Ariza Montoya

Director (E) de Desarrollo del Talento Humano en Salud

SECRETARÍA GENERAL

Margarita María Gil Garzón

Subdirectora Administrativa

Mónica Liliana Herrera Medina

Subdirectora de Gestión del Talento Humano

Martha Ruby Narváez Otero

Subdirectora de Gestión de Operaciones

Manuel José Canencio Maya

Subdirector Financiero

Lauricel Paola Brito Solano

Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario

ENTIDADES ADSCRITAS AL SECTOR ADMINISTRATIVO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Fabio Aristizábal Ángel

Superintendente Nacional de Salud

Diana Isabel Cárdenas Gamboa

Directora Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES

Martha Lucía Ospina Martínez

Directora Instituto Nacional de Salud-INS

Julio César Aldana Bula

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

Fernando Arturo Torres Jiménez

Gerente Sanatorio de Agua de Dios

Fredy Eduardo Fonseca Suárez

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

Aprobación final del documento:
Germán Escobar M. – Asesor Jefe de Gabinete, Despacho Ministro de Salud y Protección Social

Aprobación inicial del documento:
Wilson Melo V.– Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES), MSPS

Créditos:

Javier Ricardo Bohórquez G.–Contratista OAPES, MSPS
(elaboración de la introducción, aportes, edición, corrección de
estilo y revisión técnica del documento)

Daniel Perea M.–Contratista OAPES, MSPS
(consolidación inicial del documento y ajustes)

Servidores públicos del Grupo de Planeación OAPES

Víctor G. Grosso G. – Coordinador Grupo de Planeación

Fabiola Vargas V. – Profesional Grupo de Planeación

Luz Elena Ochoa T. – Profesional Grupo de Planeación

Andrea Solís T. – Profesional Grupo de Planeación

Luz Janeth Camacho M. – Profesional Grupo de Planeación

Giselle Arias L. – Profesional Grupo de Planeación

Érika Angulo C. – Profesional Grupo de Planeación

Diana López D. – Profesional Grupo de Planeación

(apoyo y revisión de los insumos aportados por las dependencias MSPS y entidades adscritas)

Servidores públicos y contratistas de la Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales, del Grupo de
Desarrollo Organizacional y del Grupo de Estudios y Evaluación de Política Pública del MSPS que
aportaron contenidos para la elaboración del informe:

Claudia Domínguez G.–Coordinadora Grupo de Desarrollo Organización (insumos sección Sistema
Integrado de Gestión)

Gerardo Duque G.–Contratista OAPES (insumos sección MIPG y FURAG)

Sandra Herrera Q.–Contratista OAPES (insumos sección de transparencia)

Maritza Silva V.–Coordinadora Grupo Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública OAPES
(insumos sección estudios y evaluación de política pública)

Diana González P.–Contratista OAPES (insumos Objetivos de Desarrollo Sostenible y acuerdos de paz)

Ana Luisa Jaramillo M.–Secretaría OAPES (apoyo administrativo)

Agradecimientos especiales:

Gina Chávez H. - Secretaria Privada, Despacho del Ministro (orientaciones generales)

Teana Zapata Jaramillo - Asesora, Despacho del Ministro (aportes de contenidos)

Fernando Vázquez Serna - Asesor, Despacho del Ministro (orientaciones generales)

Hugo Arévalo Dillon, Asesor de Comunicaciones, Despacho del Ministro (orientaciones generales)

Ricardo Ángel U. – Grupo de Comunicaciones (apoyo comunicaciones)

Viviana Cano I. - Grupo de Comunicaciones (apoyo comunicaciones)

María Camila Rodríguez R. – Grupo de Comunicaciones (diseño de la portada y contraportada)

**Al Despacho del Ministro, Viceministerios, Secretaría General, Direcciones, Oficinas y servidores públicos
y contratistas de las dependencias del MSPS y de las entidades adscritas al Sector Administrativo de
Salud y Protección Social que suministraron insumos, realizaron aportes y observaciones en la
construcción de este informe**

Nota:
Algunas secciones tomaron como fuente distintas intervenciones de los voceros oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social

Informe al Congreso de la República 2019-2020

Sector Administrativo Salud y Protección Social

Contenido

INTRODUCCIÓN	9
1. SALUD PÚBLICA Y POLÍTICAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	12
1.1 RESPUESTA DEL SECTOR ANTE LA APARICIÓN DEL NUEVO CORONAVIRUS SARS-CoV-2.....	12
1.2 AVANCES Y RESULTADOS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA-PDSP.....	35
1.3 VACUNACIÓN: PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES-PAI	47
1.4 ACCIONES ANTE EL FENÓMENO MIGRATORIO DESDE VENEZUELA	49
1.5 INICIATIVA REGIONAL DE ELIMINACIÓN DE LA MALARIA-IREM	50
1.6 DENGUE.....	52
1.7 OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, REEMERGENTES Y DESATENDIDAS.....	52
1.8 CONTINUIDAD EN EL PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN DOMICILIARIA DEL CHAGAS.....	54
1.9 VIH-SIDA.....	54
1.10 SALUD MATERNA Y DE LA MUJER	55
1.11 VIOLENCIAS DE GÉNERO.....	55
1.12 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)	56
1.13 POLÍTICA DE SALUD MENTAL Y POLÍTICA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA	59
1.14 DESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMÁTICOS-DEA.....	61
1.15 LEY DE TAMIZAJE NEONATAL (LEY 1980 DE 2019).....	61
1.16 ENFERMEDADES HUÉRFANAS.....	62
1.17 INSTRUMENTOS NORMATIVOS SOBRE MUERTE DIGNA	63
1.18 SALUD NUTRICIONAL, ALIMENTOS Y BEBIDAS.....	63
1.19 INTERVENCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE)	69
1.20 SALUD AMBIENTAL	69
1.21 GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.....	75
1.22 ESTUDIOS Y ENCUESTAS DE SALUD	78
1.23 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y RED NACIONAL DE LABORATORIOS-RELAB.....	80
1.24 FORTALECIMIENTO DE LA APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL, CENTRO NACIONAL DE ENLACE-CNE Y SANIDAD PORTUARIA.....	83
1.25 ACCIONES EN SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES (UAE-FNE)	85
2. CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN SALUD ...	92
2.1. PROGRAMA DE ACCIÓN INMEDIATA EN HOSPITALES (“AIHOSPITAL”).....	92
2.2. INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN SALUD	94
2.3. PRESTACIÓN PÚBLICA DE SERVICIO DE SALUD	94
2.4. REFORMAS DE HOSPITALES PÚBLICOS	96
2.5. PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO EN SALUD.....	97
2.6. GESTIÓN FINANCIERA.....	97
2.7. PROYECTOS DE INVERSIÓN	98
2.8. POBLACIONES VULNERABLES.....	99

2.9.	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA PANDEMIA COVID-19	99
2.10.	GESTIÓN TERRITORIAL, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	103
2.11.	NUEVO MARCO DE HABILITACIÓN.....	105
2.12.	FORTALECIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD.....	109
2.13.	NUEVO MARCO REGLAMENTARIO PARA TELESALUD Y TELEMEDICINA	109
2.14.	INTEROPERABILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	110
2.15.	IMPLEMENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA EN EL SECTOR.....	112
2.16.	MECANISMO DE AJUSTE EX POST ATADO A CALIDAD EN CÁNCER	112
2.17.	AVANCES EN LA REPLICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN “PRE-TUTELAS”.....	113
2.18.	EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SECTOR SALUD EN COLOMBIA..	114
2.19.	PLAN NACIONAL DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD EN SALUD	115
2.20.	CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO.....	115
2.21.	REPORTE DE NEGACIONES DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD	116
2.22.	MODELO DE ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA CALIDAD	117
2.23.	ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS EPS.....	119
2.24.	SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE ACTORES.....	120
2.25.	OBSERVATORIO NACIONAL DE CALIDAD.....	120
2.26.	AVANCES EN LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN	121
3.	DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO DEL SECTOR	123
3.1.	REGLAMENTACIÓN DE LA LEY DE RESIDENTES Y SISTEMA DE RESIDENCIAS MÉDICAS.....	123
3.2.	PROGRAMA BECAS CRÉDITO	124
3.3.	REGISTRO DE TALENTO HUMANO EN SALUD-RETHUS.....	126
3.4.	SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES PARA LA AUTORIZACIÓN DEL EJERCICIO DE UNA OCUPACIÓN O PROFESIÓN EN SALUD.....	127
3.5.	PROYECTO DE LEY PARA UN NUEVO ESTATUTO LABORAL PARA LOS TRABAJADORES DE LAS ESE..	128
3.6.	MESA INTERSECTORIAL DE DIÁLOGO CON ASOCIACIONES GREMIALES DE LA SALUD.....	129
3.7.	PROPUESTAS PARA EL PLAN NACIONAL DE ENFERMERÍA 2020-2030	130
3.8.	PROYECTO DE LEY PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO	130
3.9.	FORMACIÓN CONTINUA	131
3.10.	ASISTENCIA TÉCNICA EN MATERIA DE THS Y FORMACIÓN EN EL TERRITORIO.....	133
3.11.	LINEAMIENTOS PARA EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS, ATENCIÓN PRIMARIA, MEDICINA FAMILIAR...	134
3.12.	LINEAMIENTOS PARA COMPONENTES CURRICULARES DE DISCIPLINAS RELACIONADAS CON MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS (MTAC).....	134
3.13.	OBSERVATORIO DE TALENTO HUMANO EN SALUD	135
3.14.	MEDICIÓN DE DESEMPEÑO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD LIDERADA POR EL BANCO MUNDIAL	136
3.15.	TALENTO HUMANO Y ATENCIÓN A LA PANDEMIA CAUSADA POR COVID-19	137
4.	AJUSTES E INTERVENCIONES EN EL ASEGURAMIENTO, LA RECUPERACIÓN FINANCIERA EL SISTEMA Y LA SOSTENIBILIDAD	139
4.1.	ASEGURAMIENTO	139
4.2.	SUBSIDIOS PARCIALES	142
4.3.	AFILIACIONES DE OFICIO	143
4.4.	AVANCES EN EL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL-SAT.....	143
4.5.	ACCIONES EN RIESGOS LABORALES Y PENSIONES.....	145
4.6.	LEY 1966 DE 2019 PARA LA GESTIÓN Y TRANSPARENCIA EN EL SGSSS.....	148
4.7.	ACUERDO DE PUNTO FINAL.....	149
4.8.	ACTUALIZACIÓN, AMPLIACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC) E INCLUSIONES	154
4.9.	IDENTIFICACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD Y SERVICIOS PARA INCLUSIÓN A LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	163
4.10.	SELECCIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA EVALUAR (PRIORIZACIÓN)	173
4.11.	EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA INCLUSIÓN AL PBSUPC.....	174
4.12.	ACTUALIZACIÓN DE LA UPC	179

4.13.	AVANCES EN LA GESTIÓN DE UPC POR CALIDAD	182
4.14.	EXCLUSIONES	182
4.15.	MIPRESCRIPCIÓN-MIPRES PARA SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC: RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	189
4.16.	VALORES MÁXIMOS DE RECOBRO.....	197
4.17.	TRANSFORMACIÓN DE LOS RECOBROS Y PRESUPUESTOS MÁXIMOS.....	198
4.18.	SUBSIDIOS PARCIALES EN EL ASEGURAMIENTO.....	201
4.19.	CRÉDITOS Y DONACIONES DE LA BANCA MULTILATERAL ATADOS AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y LA SOSTENIBILIDAD	203
4.20.	PROFUNDIZACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA POLÍTICA FARMACÉUTICA	205
5.	OTROS RESULTADOS DE LA GESTIÓN DEL MINISTERIO Y RETOS	211
5.1.	MODELO DE ACCIÓN INTEGRAL TERRITORIAL-MAITE	211
5.2.	GESTIÓN ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y DE OPERACIONES	212
5.3.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y EL PROGRAMA ENTORNO LABORAL SALUDABLE.....	220
5.4.	ATENCIÓN AL CIUDADANO.....	226
5.5.	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES	230
5.6.	SISTEMAS DE GESTIÓN Y CERTIFICACIONES EN CALIDAD	234
5.7.	RESULTADOS DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) Y EL FORMULARIO ÚNICO DE REPORTE DE AVANCES DE GESTIÓN (FURAG).....	235
5.8.	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES	237
5.9.	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO (PACC).....	238
5.10.	TRANSPARENCIA	238
5.11.	CONTROL INTERNO	241
5.12.	ESTUDIOS, EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO....	251
5.13.	KIT DE PLANEACIÓN TERRITORIAL (KPT) EN SALUD	260
5.14.	UNIDAD DE CUMPLIMIENTO, OBJETIVOS TRANSFORMACIONALES.....	260
5.15.	IMPLEMENTACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE-ODS EN EL SECTOR	262
5.16.	IMPLEMENTACIÓN DEL ACUERDO DE PAZ DESDE EL SECTOR SALUD	265
5.17.	PROMOCIÓN SOCIAL.....	272
5.18.	TRATA DE PERSONAS (EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 985 DE 2005)	280
5.19.	COMUNICACIONES INSTITUCIONALES	281
5.20.	COOPERACIÓN Y RELACIONES INTERNACIONALES.....	287
6.	RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR	294
6.1.	ENTIDAD ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DE SALUD-ADRES	294
6.2.	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD-SUPERSALUD.....	304
6.3.	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD-INS	338
6.4.	INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS-INVIMA.....	354
6.5.	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-INC	365
6.6.	CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA-CDFLLA	373
6.7.	SANATORIO DE AGUA DE DIOS.....	382
6.8.	SANATORIO DE CONTRATACIÓN.....	388
6.9.	FONDO DE PREVISIÓN SOCIAL DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA-FONPRECON	395
6.10.	FONDO DE PASIVO SOCIAL (FPS) DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA (FNC).....	405

INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud–SGSSS de Colombia ha logrado una alta cobertura de afiliación, notables avances en protección financiera en beneficio de los hogares más vulnerables¹, solidaridad², igualdad y acceso a un amplio plan de beneficios³.

El 96% de la población (48,5 millones de habitantes) se encuentra asegurada en salud. En el régimen contributivo el número de afiliados registra 22,1 millones de personas, en el régimen subsidiado 24,1 millones y 2,2 millones de personas se ubican en los regímenes exceptuados o especiales. Además de estos importantes avances, se han tomado las medidas que permitan consolidar la cobertura universal incluyendo los migrantes que permanecen en el país.

El aumento en la cobertura en salud es uno de los logros sociales más importantes. Tanto así que el sector salud ha contribuido hasta el momento con la reducción de la pobreza multidimensional en el país en los últimos años⁴. A su vez, ha mejorado el estado general de salud de la población⁵. La mayoría de los indicadores trazadores en salud, como la esperanza de vida, la mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna han mejorado en los últimos años⁶. Las Estadísticas Vitales (EE.VV.) del DANE, así como distintas encuestas en salud (ENDS, ENSIN⁷) evidencian esta evolución.

¹ En cuanto a la protección financiera, el país se destaca en la región por el bajo gasto de bolsillo en salud. Esto significa que en Colombia el hecho de sufrir una enfermedad que exige tratamientos costosos no implica una angustia adicional para las familias.

² El sistema de salud colombiano es solidario en distintas vías: desde las personas del régimen contributivo (los que tienen ingresos) hacia los que se encuentran en el subsidiado y –dentro del mismo régimen contributivo– desde los que tienen más ingresos hacia los que menos perciben rentas. Por otra parte, el gasto de bolsillo en Colombia se calcula actualmente en un 15% cuando hace unos 25 años superaba el cincuenta por ciento.

³ En materia de equidad, el plan de beneficios en Colombia es el mismo entre el régimen subsidiado y el contributivo, con servicios, tecnologías y medicamentos amplios, que se mantiene al día con los avances científicos. Además, anualmente se ajusta el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se reconoce por cada habitante del país asegurado en salud.

⁴ De los 10,8 puntos porcentuales (p.p.) de disminución entre 2010 y 2018, 2,1 p.p. son atribuibles a la mejora en el acceso a servicios de salud y al creciente aseguramiento financiero en salud de la población.

⁵ Entre otros temas, la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) publicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) indaga, sobre el bienestar de las personas de 15 años y la satisfacción con su vida. Entre los resultados se destaca que el aspecto de la vida mejor calificado es la salud (8,02 puntos), seguido por la seguridad, el trabajo o actividad desempeñado y, por último, el ingreso. Por otra parte, el 83% de las personas declararon estar muy satisfechos o totalmente satisfechos con su salud (Fuente: DANE. ECV, 2018).

⁶ En Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los últimos años; entre 2005 y 2016 la tasa de mortalidad infantil ha disminuido en un 18% en el promedio nacional; por su parte, la razón de mortalidad materna (RMM) a 42 días se ha reducido en un 27%. A pesar de estos logros, entre las metas del presente gobierno está reducir aún más la tasa de mortalidad infantil en menores de un año, de 16,8 a 14 (por cada mil nacidos vivos) y la RMM a 42 días de 51,3 a 45 (por cada 100.000 nacidos vivos), con énfasis en el área rural dispersa.

⁷ Siglas correspondientes a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) y Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), respectivamente.

Distintos observadores han calificado al país como uno de los mejores de la región por su manejo ante el desafío más importante que ha tenido que enfrentar el planeta durante el último siglo y que ha sido la pandemia COVID-19 causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Si bien durante los últimos meses los esfuerzos del Ministerio se han concentrado en diseñar e implementar una decidida estrategia de respuesta ante la epidemia, debido a su rol fundamental en los distintos frentes de mitigación de la emergencia sanitaria, no se pueden obviar otros logros y reconocimientos que ha tenido Colombia en materia de salud como lo han sido su respuesta y control ante la aparición de las enfermedades transmisibles en general (sarampión, rubeola, malaria, entre otras), su vigilancia en salud pública, su programa de vacunación, por sus acciones solidarias ante fenómenos migratorios, por su política farmacéutica, entre otros.

El esquema de vacunación colombiano es uno de los mejores de América y el Caribe. El programa de inmunización comprende 21 biológicos para la prevención de 26 enfermedades. Es gratuito y disminuye de manera efectiva la mortalidad y morbilidad evitable, especialmente en la primera infancia. En 2019, la vacunación contó con la inversión con aporte más alta desde una perspectiva histórica (\$385 mil millones de aportes de la Nación) y con ello se lograron mantener coberturas del 95% en vacunas como la Triple Viral (contra la Rubeola, Sarampión y Parotiditis/paperas) que protege a 663 mil niños cada año, incluida la atención de migrantes.

Por otra parte, en aplicación de la política farmacéutica y de las herramientas legítimas con las que cuenta el Estado para mejorar el acceso a los medicamentos, fomentar mejores resultados en salud y construir un sistema de salud más equitativo, se ha ratificado la política de control de precios que hasta el momento ha incorporado miles de presentaciones comerciales y ha generado ahorros de más de un billón de pesos anuales al sistema de salud.

Más allá de estos logros y de enfrentar la emergencia sanitaria actual, aún existen retos como lograr mayor equidad y mejor calidad en los servicios, teniendo como centro a las personas y al paciente. Por ello, los esfuerzos del Ministerio y del sector actualmente se concentran alcanzar mejores resultados en salud, una mayor satisfacción ciudadana y lograrlo con eficiencia y responsabilidad financiera. Lo anterior, bajo los principios de legalidad, emprendimiento y equidad liderados por el Sr. Presidente de la República, Dr. Iván Duque Márquez.

En medio de la pandemia, se continúa trabajando para seguir transformando el sistema de salud, que las personas tengan más y mejores servicios, con calidad, cerrar brechas y llegar a los más vulnerables, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 “Pacto Por Colombia, Pacto por la Equidad”. Así, se ha avanzado en acciones estratégicas como el Acuerdo de Punto Final que sanea deudas acumuladas e inyecta liquidez, nuevos mecanismos de control del gasto, presupuestos máximos para las EPS, subsidios parciales en el aseguramiento, el fortalecimiento de la Supersalud, la depuración de las EPS, la transformación digital del sector con iniciativas como un la telesalud, telemedicina, interoperabilidad de la historia clínica, facturación electrónica, el sistema afiliación transaccional, una nueva política de salud mental, la política de

prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, un nuevo marco para la habilitación de los servicios de salud, acreditación en niveles superiores de calidad, el Programa de Acción Integral en Hospitales, el Modelo de Acción Integral Territorial, un nuevo Sistema de Residencias Médicas, entre otros resultados.

Las anteriores acciones estratégicas han estado acompañadas del apoyo financiero necesario por parte del Gobierno Nacional. El gasto en salud en Colombia es del 7,3% del PIB, lo cual representa cerca de 72 billones de pesos. Tres cuartas partes de estos recursos corresponden a recursos públicos. Para la vigencia 2020, el aseguramiento de la población colombiana supera los \$55 billones que se financian tanto con aportes privados (principalmente cotizaciones) como públicos. El Presupuesto General de la Nación–PGN 2020 ha tenido un incremento para el sector salud supera el 8%; hoy es de más de \$32 billones mientras que en 2019 fue de \$29,6 billones. El sector salud sigue presentando una tendencia creciente, ya que en 2017 era de 23,3 billones de pesos.

Según estas cifras, el sector salud se convierte en uno de los que cuenta con mayores recursos dentro del PGN, coincidiendo así con el compromiso del Gobierno Nacional de alcanzar la equidad en salud en Colombia. Este apoyo por parte del Gobierno es coherente con la vehemencia con que se ha enfrentado la actual pandemia e igualmente invita a este sector a permanecer a la altura de este reto que no tiene precedentes en la historia reciente del país.

El presente documento tiene como propósito dar cumplimiento a lo establecido en el Art. 208 de 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 cual describe con detalle los avances y resultados de la gestión del sector que encabeza, realizada en el período junio de 2019 **a mayo de 2019**, y para lo cual se divide en seis capítulos adicionales a esta introducción.

Así, el informe se encuentra organizado bajo los siguientes grandes temas: salud pública y políticas de promoción y prevención; calidad en la prestación de los servicios, infraestructura y dotación en salud; desarrollo del talento humano del sector; aseguramiento y medidas para mejorar el sistema y la sostenibilidad; otros resultados de gestión del Ministerio; y, gestión de las entidades adscritas al sector administrativo de salud y protección social.

1. SALUD PÚBLICA Y POLÍTICAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

1.1 RESPUESTA DEL SECTOR ANTE LA APARICIÓN DEL NUEVO CORONAVIRUS SARS-CoV-2

La aparición de la enfermedad COVID-19 ocasionada por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2 o 2019-nCoV) ha sido el desafío más importante que ha tenido Colombia en el último siglo; el país nunca había enfrentado una eventualidad tan extrema en salud pública. Las acciones de respuesta adelantadas se han dado en articulación desde el Gobierno Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, con los distintos actores y sectores.

En primer lugar, hay que mencionar que los coronavirus (Cov) se refieren a unos tipos de virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo y que causan Infección Respiratoria Aguda (IRA), que puede llegar a ser leve, moderada o grave. Algunos coronavirus se transmiten entre humanos. No existen aún tratamientos específicos y por el momento tampoco hay vacuna comprobada para contrarrestar los coronavirus. En el caso de requerirlo, el manejo se realiza de acuerdo con los síntomas y la gravedad del paciente. Los antibióticos no son útiles en estos casos.

En específico, la enfermedad respiratoria COVID-19 es provocada por un nuevo virus (inicialmente denominado 2019-nCoV y luego SARS-CoV-2), e identificado por primera vez en Wuhan (China) al final del año 2019. Los síntomas que pueden presentar los infectados son fiebre, tos, dificultad para respirar y pueden agravarse. En muchos otros casos el infectado puede ser asintomático o solo sentir signos leves.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

El contagio del nuevo coronavirus se produce generalmente cuando un contagiado expulsa partículas del virus, por ejemplo, al toser o estornudar y luego entran en contacto con otras personas a su alrededor. Este mecanismo es similar entre todas las IRA. El virus se transmite de persona a persona por ejemplo cuando se tiene contacto estrecho con un contagiado, al vivir bajo el mismo techo, compartir la misma sala en un hospital o cuidar a un enfermo sin la debida medida de protección, ya que se transmite a través de la saliva, el moco y otras secreciones (como las que puede llegar a producir el ojo humano).

El tratamiento es de apoyo, depende del estado clínico del paciente, está orientado a aliviar los síntomas y mejorar el estado general de cada persona según la levedad o gravedad de los mismos.

Cualquier persona puede contagiarse independientemente de su edad; pero, según la información recabada hasta el momento, se registran menos casos de la enfermedad COVID-19 en niños. Se estima que la mayoría de los pacientes que se enferman por el virus se recuperen. Las víctimas mortales, en general, han sido personas de edad avanzada o que ya padecían una enfermedad crónica u otras enfermedades de base. Cifras preliminares indican que la letalidad es baja en términos relativos a otros tipos de infecciones; es así como el desenlace depende de las condiciones de cada persona, la existencia de una enfermedad crónica en el contagiado u otros factores de riesgo.

Por ser una enfermedad de tipo respiratoria, un primer aspecto a tener en cuenta para la prevención consiste en evitar el contacto cercano y la transmisión a través de las pequeñas gotas como las provenientes de la tos y los estornudos. El lavado de manos frecuente es fundamental para evitar el contagio, especialmente después de haber estado en contacto con otra persona o cuando se puede haber tocado objetos contaminados. Lavarse adecuadamente las manos, con agua, jabón y con la técnica adecuada es la conducta que reduce en un 50% la transmisión del virus de una persona a otra. El tapabocas común es recomendado para ser usado por la población en general que se encuentre en espacios exteriores, en sitios con afluencia de público (supermercados, transporte público, etc.), para las personas que presenten síntomas respiratorios incluso estando en casa, encargados de cuidar a un paciente con síntomas, los trabajadores de la salud; además, el personal de salud es el único que debe usar el tapabocas denominado “N95” (y que generalmente conoce como emplearlo de manera correcta). Es importante cubrirse con un pañuelo desechable –nunca con la mano– la nariz y la boca al estornudar o toser. En el caso de no disponer de un pañuelo desechable, se debe procurar toser o estornudar en el ángulo interno del codo aún si se usa tapabocas.

Para la atención de cualquier epidemia –como la del COVID-19– existen tres fases: i) preparatoria; ii) contención (una vez sucede el primer caso confirmado en el país); y, iii) mitigación (cuando se produce la circulación local del virus⁸). Cada etapa requiere ir tomando medidas paulatinas, bajo evidencia científica y cada vez más rigurosas para controlar la situación. En las fases preparatorias y de contención –es decir, hasta el primer bimestre del 2020– se hizo lo siguiente:

- Desde que la OMS declaró el brote del nuevo coronavirus, con epicentro en China, se realizó evaluación permanente del riesgo, se generó una intensificación de la vigilancia epidemiológica, intervención rigurosa ante cada uno de los casos en el país (incluidos los colombianos repatriados desde China), se efectuó estricto monitoreo y se realizó seguimiento a nivel global, al interior del país y en cada uno de sus territorios. Igualmente, se generaron estrategias para una adecuada comunicación del riesgo, evitando desinformación, imprecisiones y/o noticias falsas como las que circulan en redes sociales de fuentes no oficiales.
- En la fase de preparación se realizó diagnóstico detallado de los epidemiólogos, equipos de respuesta, capacidad de laboratorios y salas de análisis de riesgo de cada secretaría de salud. Colombia es el primer país de Latinoamérica en tener pruebas directas de diagnóstico para el nuevo coronavirus a través del Instituto Nacional de Salud (INS). Una vez inicia la fase de contención, se avanzó en la ampliación de la capacidad de laboratorios en regiones como Bogotá, Antioquia, Valle, Atlántico y Nariño. También se decide habilitar más capacidad con laboratorios en otras zonas y de frontera como Norte de Santander y Arauca. Lo que se busca ampliando la capacidad instalada de diagnóstico es tener una respuesta mucho más rápida y que otros territorios cercanos puedan enviar sus exámenes en tales sitios para responder a tiempo. Se fortalece la seguridad y capacidad para el transporte de muestras y envío de resultados.
- Desde febrero se intensificaron los mensajes de prevención del contagio. Se reforzó la campaña nacional de lavado de manos (frecuentemente durante el día, alrededor de 20 a 40 segundos cada vez y con las técnicas apropiadas), de higiene respiratoria (toser y estornudar adecuadamente), correcto uso del tapabocas y conductas adecuadas (evitar tocarse la cara, evitar el contacto, distanciamiento social, prácticas de limpieza e higiene general, etc.).
- Igualmente, se instó a los ciudadanos a quedarse en casa cuando existen síntomas respiratorios y aplicar aislamientos preventivos. Se crea conciencia

⁸ En el caso de Colombia, el 31 de marzo el país entró en la fase de mitigación por cuanto el porcentaje de casos sin nexo epidemiológico superó el 10%.

para prevenir el contagio, con rigurosidad en cuanto al lavado de manos y aislarse. La mayoría de los casos se previenen con lavado de manos, evitar el contacto, informarse, recibir orientación adecuada a través de las líneas de salud y sobre la consulta oportuna a los centros sanitarios. Solo se debe acudir a urgencias en los casos de presentar dificultad respiratoria –o sea cuando se presenta respiración más rápida de lo normal, el pecho suena o duele al respirar–, ante la presencia de fiebre de difícil control que persiste, de eventuales convulsiones o del deterioro rápido del estado general de salud.

- Desde enero de 2020 se solicitaron inicialmente al tesoro nacional \$15 mil millones adicionales para contar con recursos en los presupuestos del MSPS e INS con el fin de afrontar la situación, fortalecer las campañas, los laboratorios de salud pública, entre otros temas. Posteriormente, en marzo y en articulación con Minhacienda, se generaron las alternativas para contar con los recursos que permitan al sector afrontar la situación.
- Desde la fase de preparación, se profundizaron con los actores de salud, EPS e IPS, las medidas de prevención, de capacidades de atención, de fortalecimiento de la bioseguridad, de capacitación del talento humano, así como el aprovisionamiento de elementos de protección al personal de salud. Con la Circular 5 de febrero de 2020, se dieron directrices para la implementación, preparación y respuesta. Se han desarrollado esquemas de reducción de riesgo en las IPS ambulatorias y en las urgencias para minimizar el contagio, para que las IPS tengan sitios de aislamiento y que los médicos tengan la suficiente capacitación para implementar las medidas necesarias de bioseguridad. Se realizó un YouTube Live, el 10 de marzo de 2020, con orientaciones para el Talento Humano en Salud (THS) para enfrentar la llegada del virus a Colombia. Se ha trabajado en la respuesta articulada con los actores como las secretarías de salud, EPS, ARL y agremiaciones del sector. Es entre todos los actores y la misma comunidad que se da una respuesta efectiva a los retos que presenta la enfermedad. Se reitera que el manejo de una epidemia depende en parte de la capacidad de las autoridades sanitarias, pero el resto depende de la comunidad y la conducta de cada persona. Por eso es importante el entendimiento de la corresponsabilidad y el autocuidado.
- Se inició una articulación permanente e intersectorial, con la participación de distintas entidades del orden nacional y territorial. En el nivel nacional, la coordinación se da entre la Presidencia de la República, Vicepresidencia, Minsalud, INS, Mintrabajo, Mineducación, Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, Mininterior, Mintransporte, Migración Colombia, Minhacienda, Mindefensa, Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, entre otras. Desde marzo entró a operar de manera permanente el Puesto de Mando Unificado–PMU desde donde se monitorean, anuncian,

coordinan, gestionan y evalúan todas las medidas y acciones adoptadas, con el liderazgo del Sr. Presidente de la República y el Ministro de Salud y Protección Social. Se determina que la toda la información oficial es liderada y canalizada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

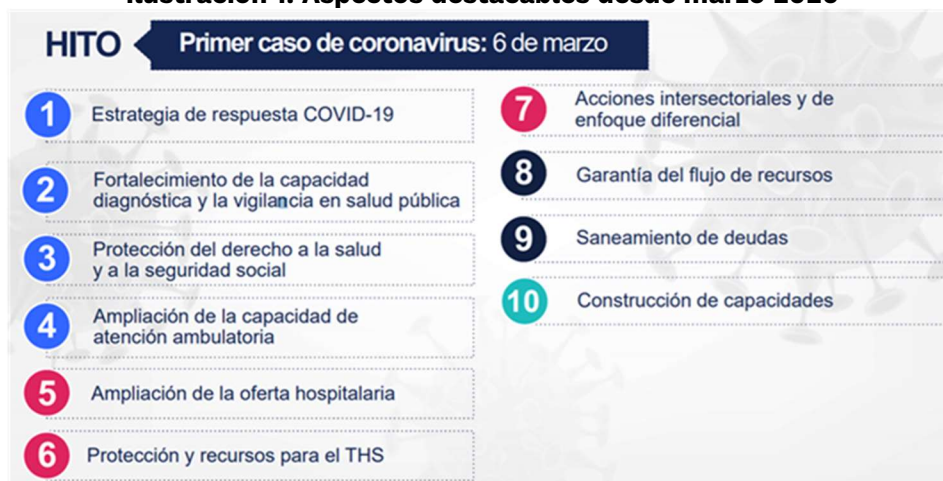
- Minsalud aportó orientaciones a Mintrabajo para expedir lineamientos (Circular 17 del 24 de febrero de 2020) a las ARL, empleadores y trabajadores en el sector público y privado, sobre acciones de promoción y prevención, preparación, respuesta y atención de casos, así como acciones de contención, incluyendo directrices de trabajo flexible, virtual y en casa. En coordinación con entidades como Mintrabajo y DAFP, se expidieron directrices como la Circular Externa 19 del 10 de marzo de 2020, sobre acciones de contención y prevención de enfermedades respiratorias, así como instrucciones de intervención, respuesta y atención de la situación (de manera complementaria a la Circular 17), aplicables a distintas entidades públicas y privadas, ARL y trabajadores de todos los sectores. En conjunto con Mineducación se expiden lineamientos y recomendaciones (Circular Conjunta de 11 de marzo de 2020) a entes territoriales y al entorno educativo para la prevención, manejo y control en la materia.
- Hasta febrero de 2020, no existían casos confirmados en Colombia; no obstante, desde ese mismo mes se decidió –en comité MSPS e INS– elevar el riesgo de bajo a moderado; posteriormente fue elevado a riesgo alto. Todas las acciones se han tomado paulatinamente y en línea con las declaratorias, alertas y orientaciones técnicas de la OMS. Una vez fue confirmado el primer caso en Colombia, el 6 de marzo, se finalizó la fase de preparación –que duró 8 semanas– y se activó la fase de contención, en la que se identificaron rigurosamente los casos y se aplicaron mayores controles para evitar la diseminación del virus en el territorio nacional.
- Se dispuso el aplicativo móvil “CoronApp-Colombia” para conocer y registrar síntomas, practicar autodiagnósticos, saber en qué momento es necesario ir al médico, generar alertas, etc. Para la información ciudadana y adecuada orientación, sumado a las líneas de atención dispuestas por cada entidad territorial y secretarías de salud, se habilitó la línea única gratuita nacional 01 8000 955590; en Bogotá 3305041 (fuera del país +5713305041) y la línea para celular 192. Las EPS también deben orientar a sus afiliados a través de sus propios canales y atender sus inquietudes.

El 6 de marzo quedó marcado un hito en la historia de Colombia con el primer caso de Covid-19 y a partir de ese momento emprendieron más gestiones, acciones y respuestas por parte del MSPS para la contención y mitigación del

virus, fortalecimiento de capacidades, ampliación de la atención, oferta hospitalaria y trabajos intersectoriales, entre otros.

La siguiente ilustración resume los aspectos más destacados **a partir de marzo**.

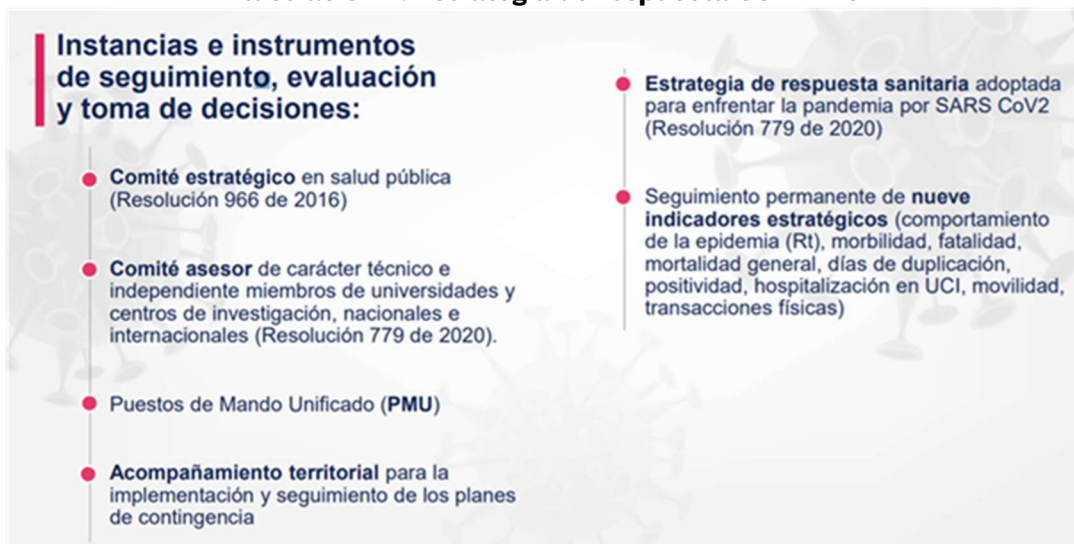
Ilustración 1. Aspectos destacables desde marzo 2020



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

En primer lugar, hay que mencionar que se diseñó una **estrategia de respuesta** Covid-19 con instancias e instrumentos de seguimiento, evaluación y toma de decisiones, como comités, Puestos de Mando Unificado (PMU), acompañamientos territoriales con 55 entidades del orden nacional, respuestas sanitarias y seguimiento permanente a nueve indicadores como comportamiento de la pandemia, morbilidad, fatalidad, mortalidad, entre otros:

Ilustración 2. Estrategia de respuesta COVID-19



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

El aislamiento preventivo obligatorio tuvo dos objetivos esenciales: contener el contagio y construir capacidades en el sistema de salud; que esta medida ha tenido una evolución estratégica pasando a una segunda fase de aislamiento flexible con desescalonamiento gradual, en donde se busca reducir el impacto en la salud y la velocidad del contagio, pero también una mitigación de efectos sociales y económicos.

Ilustración 3. Estrategia de respuesta COVID-19



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

La estrategia le permitió a Colombia tomar decisiones oportunas, incluso tempranas frente a otros países, destacando que antes del primer caso confirmado, 10 días antes, el país ya disponía de campañas informativas al público, 7 días antes ya se hacía toma de temperatura y tamizaje en salud en aeropuertos y terminales.

Seis días después del 6 de marzo se dio restricción de eventos con aglomeraciones y al día 19, en el marco de la declaratoria de la emergencia sanitaria (Resolución 385 de 2020), se daba inicio de la cuarentena masiva obligatoria⁹.

⁹ Decreto 457 de 2020.

Ilustración 4. Estrategia de respuesta COVID-19

	Colombia	Chile	Ecuador	Brasil	Argentina	EEUU	Reino Unido	Corea del sur	Taiwan	Italia	España	Promedio
Fecha primer caso confirmado	3/6/20	3/4/20	3/1/20	2/26/20	3/4/20	1/21/20	1/31/20	1/20/20	1/13/20	1/31/20	2/1/20	
Campañas informativas al público y disposición de información	-10	10	-2	5	-16	56	0	0	7	-4	-1	4
Toma de temperatura y tamizaje en salud (aeropuertos, terminales, etc)	-7		1	10		53		50	25	-8		18
Inyección de recursos a salud	5	-48		16	6	45	40	8		46	40	18
Recomendación de cancelación de eventos públicos	5	12	16	14	9	56	45	11	52	30	38	26
Restringir eventos de grandes aglomeraciones de personas	6	11	13	15	8			56		25	44	22
Cuarentena y restricción de ingresos de viajeros de determinados países	8	6	11	16	8			50		21		17
Declaración de estado de emergencia	10	15	15	23	15	52				0	41	21
Recomendación de o Cierre de colegios	10	11	11	14	11	43	49	14	20	23	37	22
Recomendación de o cuarentena de adultos mayores	13	11	12	28	7	45	45	47	---	---	37	27
Restringir viajes no esenciales [parcial o total] (internacionales)	16	14	14		8	-15	45	14	41	-1	38	17
Recomendación de o cierre de negocios no esenciales	18	12	16		12		45	34	35	37	37	27
Restringir viajes no esenciales (nacionales) [parcial o total]	18	21	16		16	53	51	34		23	37	30
Cuarentena masiva obligatoria	19		16		16		53			38	41	31
Cuarentena voluntaria en el hogar				23			45	62				43

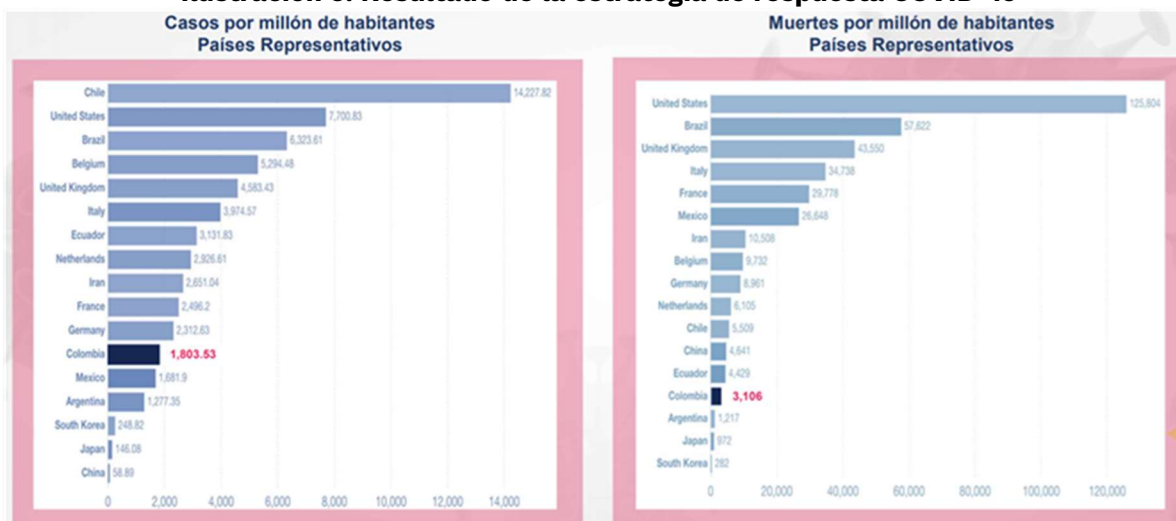
Tiempo de implementación de medidas no farmacológicas frente al primer contacto

Se destaca una implementación temprana de medidas

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Con estas medidas se ha logrado el aplanamiento de la curva epidemiológica y que Colombia haya tenido un hasta el momento un resultado de 1,8 casos por millón de habitantes, muy por debajo de países de la región como Chile donde es de 14.227, Brasil 6.323 o Ecuador 3.131. Respecto a muertes por millón de habitantes Colombia se ubica en 3,1, por debajo de México donde es de 26,6, Chile 5,5 o Ecuador 4,4, según fuentes de la Universidad de Oxford con corte a junio.

Ilustración 5. Resultado de la estrategia de respuesta COVID-19



Fuente: MSPS con base en Fuente: Oxford University. Our World in Data, Jun 2020.

La estrategia también ha permitido en la evolución del Índice de Reproducción, o R_t , para tener un promedio actual de 1,19 (inició en 2,5). En este sentido, se ha logrado tener una tasa efectiva de reproducción baja en una situación compleja.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

En materia de **fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y la vigilancia en salud pública**, se han asignado directamente más de \$14 mil millones para siete laboratorios de salud pública en Antioquia, Arauca, Atlántico, Nariño, Norte de Santander, Valle del Cauca y Bogotá; otros \$7.101 millones para el laboratorio nacional del Instituto Nacional de Salud para insumos, reactivos y equipos; y \$21.000 millones para vigilancia en salud pública en 37 entidades territoriales.

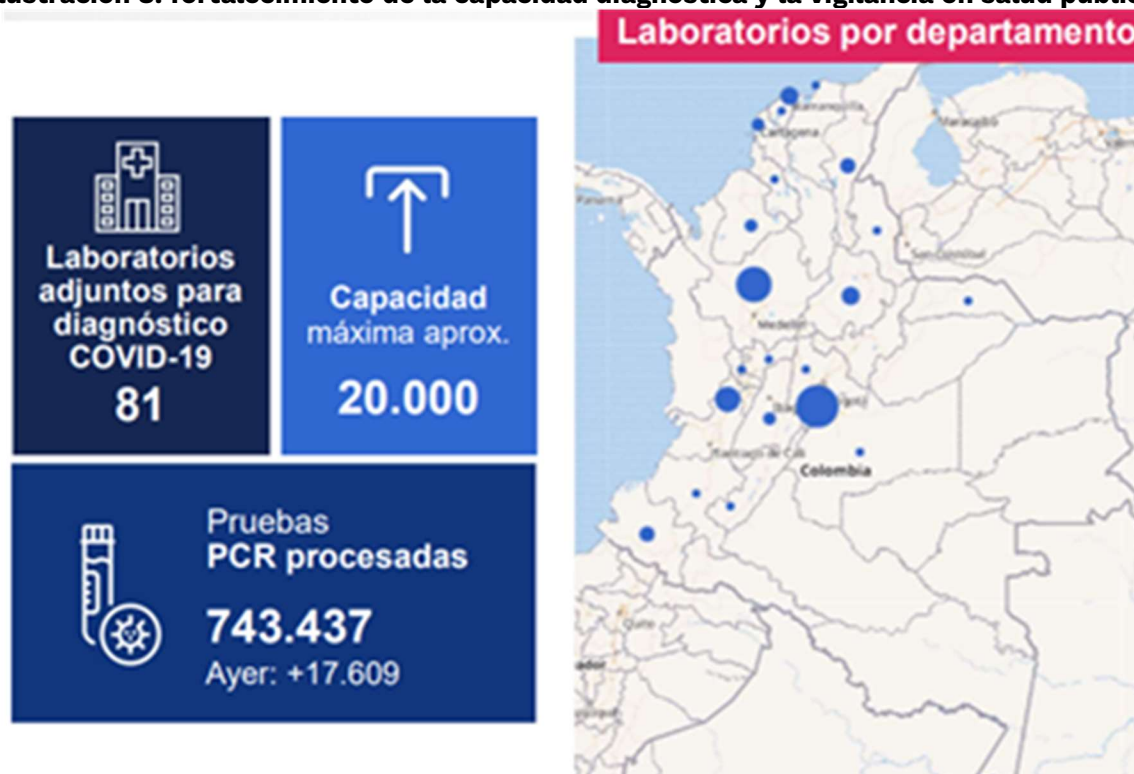
Ilustración 7. fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y la vigilancia en salud pública



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Antes, Colombia tenía un (1) único laboratorio con capacidad para muestreos en el marco del COVID-19. Ahora, a través de distintas alianzas, se cuenta con 81 laboratorios avalados para el diagnóstico SARS-COV2, con capacidad aproximada de 20 mil pruebas día y alcanzando 743.437 pruebas moleculares PCR procesadas a la fecha. En tan solo tres meses, el país pasó de realizar cerca de 500 pruebas/mes a más de 18 mil pruebas diarias.

Ilustración 8. fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y la vigilancia en salud pública



Fuente: Instituto Nacional de Salud

En materia de **protección del derecho a la salud y a la seguridad social**, mediante el Decreto 538 de 2020 se prohibió la suspensión de los servicios de salud a los cotizantes y sus beneficiarios en caso que pierdan su capacidad de pago o se dé terminación de contrato laboral durante la emergencia.

En beneficio también de la ciudadanía no se causan intereses de mora por el pago extemporáneo de las cotizaciones de la seguridad social; y la ADRES reconocerá a las EPS la Unidad de Pago por Capitación (UPC) respectiva, independientemente del estado de afiliación del usuario.

En cuanto a la **ampliación de la capacidad de atención ambulatoria** y en el marco de la Resolución 521 de 2020, se ha logrado aumentar las atenciones en salud desde alternativas como las teleconsulta, pasando de 337.415 en marzo a 2.803.229 en abril; en orientaciones en salud, se pasó de 193.724 orientaciones en marzo a 3.998.032 en abril.

En cuanto a la **ampliación de la oferta hospitalaria**, las siguientes ilustraciones resumen los logros en esta materia:

Ilustración 9. Ampliación de la capacidad de atención ambulatoria



Resolución 521
28 de marzo de 2020
Adopta procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo

Fuente: Reporte EPS–Resolución 521

Ilustración 10. Ampliación de la oferta hospitalaria



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

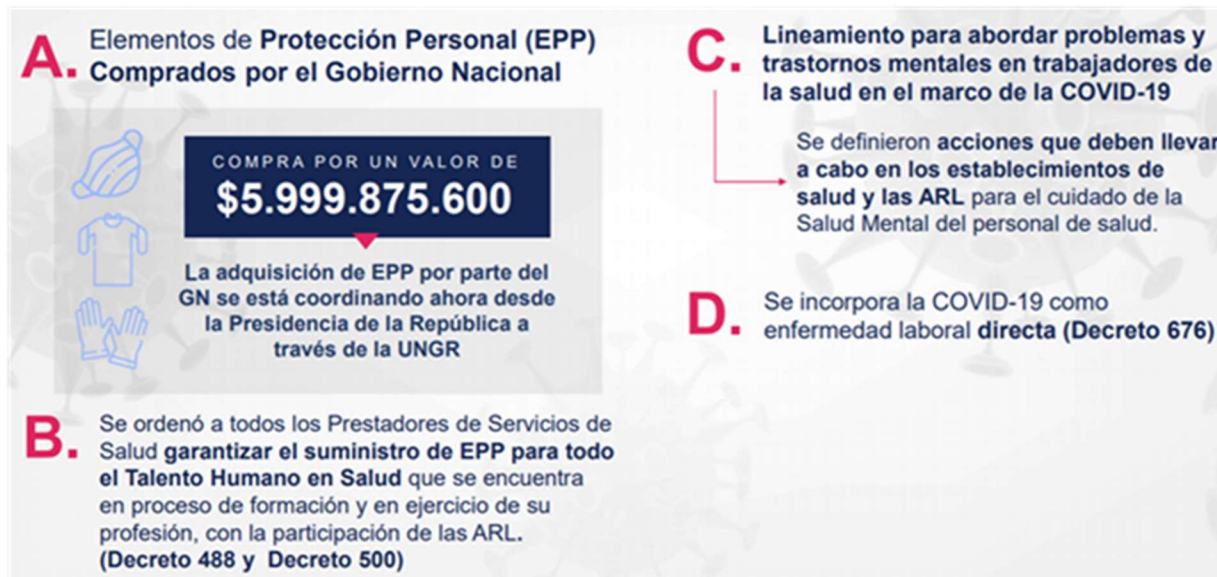
Ilustración 11. Ampliación de la oferta hospitalaria



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

En materia de **protección del Talento Humano en Salud (THS)**, se destaca la adquisición de elementos de Protección Personal (EPP) y las acciones en materia de riesgos laborales, según la siguiente ilustración:

Ilustración 12. Protección del THS

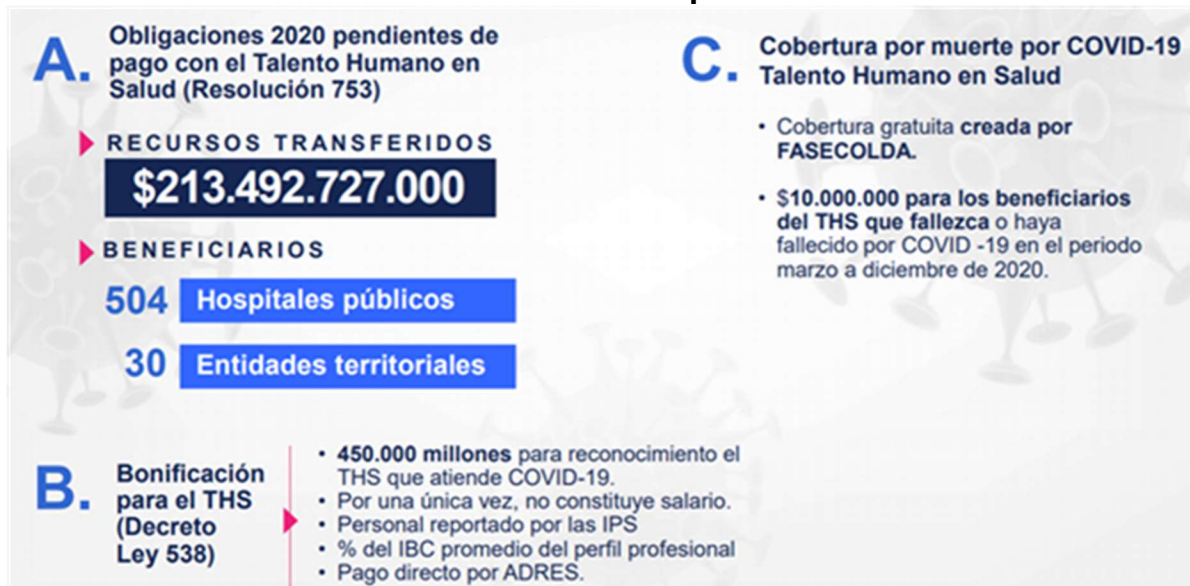


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

En cuanto a recursos para el THS, se resaltan transferencias para el cumplimiento de obligaciones, la determinación de una bonificación especial y

la iniciativa desde el sector asegurador de un seguro de vida para el personal de salud.

Ilustración 13. Recursos para el THS



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

En cuanto a **Acciones intersectoriales y de enfoque diferencial**, se destaca la Resolución 666 de 2020, “por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus Covid-19”; así mismo, se elaboraron 35 protocolos de bioseguridad para cambiar la forma de relacionarnos y proteger la vida de los Colombianos y 11 lineamientos de bioseguridad para proteger 7 poblaciones vulnerables (adulto mayor, habitante de calle, migrante, étnicos, personas con discapacidad y víctimas de conflicto armado)

Adicionalmente:

- Se habilitaron \$14 mil millones (MM) para atender a las mujeres víctimas de violencia; 7 ET tendrán el primer tramo de \$2 MM (Res. 595 de 2020).
- Se publicaron los pliegos para la contratación de \$36 MM para las vigencias 2020 y 2021 del Programa de Atención Psicosocial para Víctimas de la Violencia-PAPSIVI, fortaleciendo el componente de atención integral en salud en el marco COVID-19.
- El lineamiento para habitantes de calle permitió identificar mejor esta población para poder tratarla en el marco de la COVID-19.

- Se ajustó convenio con AICO (organización indígena) para la ejecución de actividades en salud intercultural para atender la COVID-19.
- Se entregó a MinInterior, MinJusticia, MinTrabajo, MinEducación, DNP, DPS e ICBF el decreto para oficiar el Consejo Nacional de Adultos Mayores (Ley 1251 de 2008) y se logró identificar el primer inventario de instituciones de larga estancia para adulto mayor en el país, con 809 instituciones y cerca de 30 mil cupos.
- Con el fin de garantizar un servicio socio sanitario esencial para la población con discapacidad, en medio del aislamiento y con los rigores de bioseguridad, se modificó el proceso de certificación de discapacidad.
- Se dio continuidad al esquema especial de atención extramural en Espacios territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR) y se adaptó a nuevo entorno para incorporar entrega de EPP, creación de protocolos de prevención de contagio adaptados y realización de jornadas de información, comunicación y educación en COVID-19.

Para **garantizar el flujo de recursos** se ha avanzado según lo siguiente:

Ilustración 14. Garantía del flujo de recursos



Fuente: ADRES – cálculos DFS. Corte mayo 2020.

Nota: * Valores aproximados. Total pendiente de último proceso

En cuanto al **saneamiento de deudas** se tienen los siguientes avances de acuerdo con los mecanismos de compras de cartera, líneas de crédito y el acuerdo de punto final:

Ilustración 15. Saneamiento de deudas



Fuente: ADRES-cálculos MSPS-Dirección de Financiamiento Sectorial. Corte mayo 2020

Ilustración 16. Saneamiento de deudas

E. Avance Acuerdo de Punto Final Territorial Régimen Subsidiado

(miles de millones)

Entidad Territorial	Deuda Reportada	Fuentes Propias Disponibles	Cofinanciación Nación
Barranquilla	40.458	236	40.222
Valle del Cauca	200.215	42.431	157.784
Antioquia	273.837	189.951	83.886
Tolima	37.714	1.875	35.839
Atlántico	872	872	
Nariño	10.362	10.362	
Caquetá	5.692	2.847	2.845*
TOTAL	569.151	248.575	320.576

Estimado:
1.5 billones



F. Acuerdo de Punto Final Nación Régimen Contributivo

- Se reglamentó la **estructuración, operación y seguimiento del saneamiento de las deudas por recobros de servicios** y tecnologías no financiadas con la UPC del Régimen Contributivo (**Decreto 521**).
- Actualmente se están radicando las cuentas de cobro por las EPS ante la ADRES y adelantando las validaciones automáticas.
- El **Decreto Ley 800 de 2020 prevé la posibilidad de realizar pago previo del 25%** sobre los valores de las cuentas radicadas.

Estimado: **4.7 billones**

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

En cuanto a **recursos adicionales** para el COVID-19, la siguiente ilustración resumen los resultados al respecto:

Ilustración 17. Recursos adicionales

Aseguramiento: \$5,6 billones

- ▶ **Compensación por aislamiento obligatorio** para núcleos familiares del régimen subsidiado por una única vez. **\$350.000 mll**
- ▶ Fuente adicional a recursos corrientes para **incapacidades por diagnóstico confirmado COVID-19**. **\$98.000 mll**
- ▶ Fuente adicional a UPC canastas por servicios de hospitalización, cuidados intermedios y UCI asociados a COVID-19, **pago directo por ADRES a IPS**. **\$4.6 billones**

Excedentes Cuentas Entes Territoriales para Salud Pública y Atención Migrantes:

Régimen Subsidiado **\$517 mil millones**
Salud Pública **\$322 mil millones**

DECRETO LEY 800 DE 2020

En julio, agosto y septiembre se girará a las IPS anticipo **por disponibilidad de camas de Cuidados Intermedios y UCI con cargo a Canastas de atenciones Covid -19**

Componente	Asignado al MSPS (miles de mill.)	Ejecutado MSPS (miles de mill.)
Aseguramiento	20.000	
Pruebas rápidas	20.000	
Fortalecimiento de Salud Pública	31.000	38.101
Insumos y campaña masiva de comunicación del riesgo	10.000	10.000
Fortalecimiento de laboratorios territoriales	21.000	21.000
Adquisición de equipos y reactivos para el INS		7.102
Ampliación de la oferta de servicios de salud	864.950	443.495
Ventiladores	204.000*	230.002
Fortalecimiento de oferta pública de servicios de salud -ESE-	380.000	213.493
Otros	280.950	
Fortalecimiento Institucional Minsalud	14.000	3.248
	▶ 929.950	▶ 481.596

* El valor proyectado total para invertir en ventiladores son \$360.000 millones, de acuerdo al plan de acción del MSPS.

Adicionalmente el MSPS ha invertido, para la atención de COVID-19, **\$2.523 millones** de los recursos asignados del PGN 2020

Donaciones

VALOR APROXIMADO ESTIMADO

USD 3.500.000

- Recurso humano
- Insumos y medicamentos
- Elementos de Protección Personal
- Camas hospitalarias
- Ventiladores
- Otros

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Finalmente, se destacan las acciones comunicacionales del ministerio:

Ilustración 18. Acciones comunicacionales

Acciones de comunicación

- 366 boletines de prensa** emitidos en 100 días para informar al país
- 990** periodistas y comunicadores nacionales, regionales e institucionales que a diario reciben la información.
- 5 carros valla** con perifoneo en Nariño, Norte de Santander, Cartagena, Leticia y Quibdó.
- + 700 mil** correos electrónicos enviados al sector salud con información sobre la pandemia de Covid-19.
- 3 campañas masivas**
 - Empieza por tus manos
 - Evita el coronavirus.
 - No bajemos la guardia.
- 2.270 piezas gráficas**
- 183 videos** con mensajes específicos por región y para el país en general

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

A partir del resumen anteriormente expuesto, en las siguientes secciones y a lo largo del presente documento se detallan acciones realizadas en materia de COVID-19 gracias a la labor directa de distintas dependencias del Ministerio y entidades adscritas al Sector Salud y Protección Social¹⁰.

Por su parte, el Grupo de Vigilancia en Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social, como área funcional encargada del tema ha desarrollado tecnología y conocimiento en diferentes frentes articulados al interior del Ministerio, así como con agentes y sectores externos, en respuesta a la emergencia sanitaria por COVID-19. Los contenidos se presentan por componente temático de la siguiente manera:

1.1.1 Elaboración de protocolos y guías orientadoras para el país

- Elaboración de la guía interinstitucional para repatriación de connacionales en riesgo de contagio al nuevo coronavirus (2019-nCoV o SARS-CoV-2).
- Formulación y actualización del ABECÉ Coronavirus.
- Elaboración y publicación del plan de contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19¹¹.
- Instrucciones para el registro, codificación y reporte de enfermedad respiratoria aguda causada por el nuevo coronavirus COVID-19, en los registros médicos de morbimortalidad del sistema de salud¹².
- Lineamientos para el uso de pruebas en el Laboratorio de Salud Pública (LSP) en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia¹³.
- Orientaciones para prevenir y mitigar la exposición al COVID-19, dirigidas a representantes legales y administradores de terminales portuarios terrestres y a usuarios de servicios de transporte público masivo e individual¹⁴.

¹⁰ Para consultar la información oficial y actualizada sobre el nuevo coronavirus, se disponen los siguientes enlaces:

<https://www.minsalud.gov.co>

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Nuevo-Coronavirus-nCoV.aspx>

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid-19.aspx>

<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>

¹¹ Consulta web Minsalud 27/04/2020:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/ABRIL%20PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19%20%281%29.pdf>

¹² Consulta web Minsalud 27/04/2020:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSPS01.pdf>

¹³ Consulta web Minsalud 27/04/2020: <https://www.minsalud.gov.co/RID/lineamientos-pruebas-lsp-covid-19.pdf>

¹⁴ Consulta web Minsalud 27/04/2020:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPG15.pdf>

- Orientaciones para el manejo, traslado y disposición final de cadáveres por SARS-CoV-2 (COVID-19)¹⁵.
- Elaboración de las orientaciones generales para asistentes y participantes a eventos de afluencia masiva para la reunión anual de la asamblea del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Elaboración de las orientaciones a puntos de entrada al país para el tamizaje de viajeros que vienen de zonas con circulación del nuevo coronavirus COVID-19.
- Actualización del Plan Nacional Multiriesgo frente a Emergencias Sanitarias, a partir de lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual es el punto de partida para la elaboración del Plan Antipandemia.

1.1.2 Fortalecimiento de la capacidad diagnóstica de los laboratorios en la emergencia sanitaria por COVID-19

Como se introdujo antes, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 534 de 2020 para el fortalecimiento de 7 laboratorios de salud pública, con una inversión de \$14.034,1 millones, que incluyen los laboratorios del distrito de Bogotá y de los departamentos de Atlántico, Antioquia, Arauca, Nariño, Norte de Santander y Valle del Cauca como centros de referencia para las regiones del país.

Por otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 626 de 2020, con una inversión total de \$21.000 millones, de los cuales \$14.000 millones se invertirán en el fortalecimiento de las capacidades de vigilancia en Salud Pública en las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales. Específicamente, estos recursos estarán destinados para la contratación de recurso humano, gastos logísticos y adquisición de insumos y elementos de protección personal. Los \$7.000 millones restantes serán destinados para el fortalecimiento de los Laboratorios de Salud Pública, con el fin de mejorar la toma y transporte de las muestras desde las regiones hacia los Laboratorios de Salud Pública colaboradores y laboratorios autorizados por el Instituto Nacional de Salud (INS). Estos recursos también se destinarán para el fortalecimiento de reactivos e insumos para pruebas moleculares RT-PCR para 5 laboratorios de salud pública, entre los que se encuentran: Cesar, Córdoba, Huila, Santander y Tolima.

¹⁵ Consulta web Minsalud 27/04/2020:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/manejo-cadaveres-covid-19f.pdf>

1.1.3 Lineamientos y actos administrativos relacionados con la manipulación, embalaje, recolección y transporte de pruebas de COVID-19

- Circular 005 de febrero de 2020 con directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (2019-ncov) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/circular-externa-005-de-2020.pdf>
- Lineamientos para la detección y manejo de casos por los prestadores de servicios de salud, frente a la eventual introducción del nuevo coronavirus (2019-nCoV) a Colombia:
<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS05.pdf>
- Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de virus respiratorios:
<https://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Lineamientos%20para%20la%20vigilancia%20por%20Laboratorio%20de%20virus%20respiratorios%2006.03.20.pdf>
- Lineamiento para la gestión de muestras durante la pandemia del SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia:
<https://www.minsalud.gov.co/RID/lineamiento-gestion-muestras-covid-19-t.pdf>
- Lineamientos para el uso de pruebas en el Laboratorio de Salud Pública (LSP) en el marco de la emergencia sanitaria por (COVID-19) en Colombia:
<https://www.minsalud.gov.co/RID/lineamientos-pruebas-lsp-covid-19.pdf>
- Lineamientos para el uso de pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 (COVID-19) en Colombia:
<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPS21.pdf>

1.1.4 Laboratorios con capacidad molecular RT-PCR

De acuerdo con la Resolución 1619 de 2015, inicialmente se autorizó a 32 laboratorios por el INS con capacidad molecular RT-PCR. Adicionalmente, 6 laboratorios de salud pública están en funcionamiento con la prueba molecular RT-PCR, entre lo que se encuentran: Bogotá, Valle del Cauca, Atlántico, Cesar, Nariño y Antioquia. La lista actual de 81 laboratorios avalados para realizar Diagnóstico de SARS-COV2 se encuentra disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/laboratorios-pruebas-covid-19.pdf>

1.1.5 Insumos en proyecciones, monitoreo y seguimiento

- Ejercicio de proyecciones para el COVID-19, FluAid¹⁶.
- Monitoreo, evaluación y notificación diaria con disponibilidad de 24 horas a la OMS de todos los Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), que se registran en el país. Así mismo, se da apoyo conjunto para la coordinación de la respuesta nacional ante epidemias o emergencias sanitarias con las diversas entidades del orden nacional¹⁷.
- Implementación del Sistema de Información para el Reporte y Seguimiento en Salud a las personas afectadas COVID-19¹⁸.
- Desarrollo de tableros de control para el seguimiento diario de la situación por COVID-19¹⁹.
- Monitoreo diario de medios de comunicación.
- Implementación del aplicativo SegCovid19 para el reporte online de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), disponible en el enlace:

<https://www.sispro.gov.co/centralprestadoresdeservicios/Pages/SEGUIMIEN TOCOVID19.aspx>

1.1.6 Entrenamiento y capacitaciones

Se hizo entrenamiento y capacitación para la implementación de la línea de atención nacional COVID-19 (línea 192) a agentes del centro de contacto y a diversos grupos destinados a atender consultas relacionadas con COVID-19 como Emergencias y Desastres, Atención al Ciudadano y agentes del PBX.

1.1.7 Aparición del nuevo coronavirus Sars-Cov-2

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, diferentes manifestaciones de violencia, las movilizaciones sociales y las emergencias en salud pública de carácter internacional como la

¹⁶ <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/tools/fluaid.htm>

¹⁷ <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/CNE/Paginas/centro-nacional-enlace-quienes-somos.aspx>

¹⁸ <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/SEGUIMIEN TOCOVID19.aspx>

¹⁹ Seguimiento nacional:

<https://minsalud.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=38755973ed364d9ca68014e39bfc885c>

Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) entre otros, se constituyen en generadores de riesgo para la salud de las comunidades afectadas.

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.

1.1.8 Programa emergencia sanitaria rubro 03-11-01-003

Estos recursos están destinados principalmente al fortalecimiento de la capacidad de repuesta del Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del artículo 14 del Decreto 4107 de 2011 y de las entidades del sector salud, con el fin de atender adecuadamente a sus responsabilidades, especialmente las relacionadas con los preparativos y la atención de emergencias sanitarias en el territorio nacional:

Se apropiaron para la vigencia 2019, inicialmente recursos por \$1.241,6 millones, se ejecutó recursos por \$1.163,5 millones en Fortalecimiento del Centro Nacional de Reserva, Fortalecimiento del Centro Nacional de Comunicaciones, Transporte y Evacuación de Emergencias y Fortalecimiento Institucional, correspondiente al 93,7%.

Tabla 1. Programa Emergencia Sanitaria Vigencia 2019

Miles de Pesos

Apropiación Inicial	Adición Presupuestal	Apropiación final asignada	Apropiación reducida	Apropiación final para ejecutar	Valor ejecutado	% Valor Ejecutado
\$1.241.624	\$0	\$1.241.624	\$0	\$1.241.624	\$1.163.452	93,70%

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2019

La ejecución de estos recursos se resume de la siguiente manera:

Tabla 2. Ejecución Recursos Programa Emergencia Sanitaria

Miles de Pesos

VIGENCIA	ACTIVIDAD	VALOR
2019	Fortalecimiento Centro Nacional de Reserva	\$372.577
	Fortalecimiento Centro Nacional de Comunicaciones	\$230.465
	Transporte y Evacuación de Emergencias	\$150.000
	Fortalecimiento Institucional para La Gestión Territorial, Participación Social, Gestión del Riesgo de Desastres y Atención Humanitaria en Salud.	\$410.410
	TOTAL	\$1.163.452

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2019

Para la vigencia 2020, mediante Ley 2008 del 27 de diciembre de 2019 y el Decreto 2411 del 30 de diciembre de 2019, se dispusieron recursos por \$1.278,9 millones

Adicionalmente, se realizó un traslado presupuestal del Rubro Apoyo a Programas de Desarrollo de la Salud por \$2.793 millones, con lo cual este rubro queda con una apropiación final para ejecutar \$4.071,9 millones, principalmente para el fortalecimiento de la capacidad de repuesta del Ministerio de Salud y Protección Social, respondiendo a las funciones del artículo 14 del Decreto 4107 de 2011.

1.1.9 Declaratoria de pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) y frentes institucionales

Con base en la declaratoria de pandemia realizada por la OMS, fue preciso adoptar nuevas medidas de carácter excepcional, estrictas y urgentes relacionadas con la contención del virus y su mitigación, complementarias a las dispuestas mediante la Resolución 380 de 2020, así como buscar disponer de recursos financieros, humanos y logísticos para enfrentar la pandemia.

Una de las medidas dispuestas fue la declaración, mediante la Resolución 0385 de 12 de marzo de 2020 de la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020, por causa del coronavirus COVID-19²⁰. En concordancia con lo antes expuesto, la Presidencia de la República, luego de analizar los presupuestos fácticos y valorativos del caso declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica, a través del Decreto 417 de marzo 17

²⁰ Resolución 0385 de 12 de marzo de 2020. Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>.

de 2020, e identificó la necesidad de adoptar medidas de rango legislativo (decretos ley) dirigidas a disminuir entre otras, la afectación en la salud de los habitantes del territorio colombiano por medio de acciones de conocimiento, prevención, mitigación y contención del riesgo.

Dentro de las acciones consideradas, se observó pertinente contar con recursos económicos que permitieran fortalecer institucionalmente al Ministerio de Salud y Protección Social, así como de las demás entidades que conforman el sector salud, con el fin de generar una adecuada y oportuna respuesta a la pandemia por COVID-19.

En el marco de la pandemia generada por el SARS-CoV-2 (COVID-19) y atendiendo las directrices de la Presidencia de la República para fortalecer las medidas de contención en el proceso de expansión del virus y la atención en salud de la población que pueda resultar afectada en el territorio Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social definió un Plan de Acción para la solicitud de los recursos adicionales los cuales fueron distribuidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en este rubro, con el fin de dar respuesta a la pandemia en cuatro frentes de intervención 1. Aseguramiento en Salud, 2. Fortalecimiento en Salud Pública, 3. Ampliación de la oferta de servicios de salud y 4. Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud.

En este orden de ideas, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la fecha ha realizado tres (3) distribuciones adicionales al Ministerio de Salud y Protección Social, mediante las Resoluciones 793 de 2020, 0942 de 2020 y 0994 de 2020 por \$529.950 millones, recursos que fueron adicionados al Rubro de funcionamiento Programa Emergencia Sanitaria 03-11-01-003 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante las Resoluciones 508 de 2020, 517 de 2020 y 608 de 2020, respectivamente.

Es importante anotar que estos recursos están siendo ejecutados de acuerdo con los frentes de intervención Fortalecimiento en Salud Pública por la Dirección de Epidemiología y Demografía y la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS; Ampliación de la Oferta de Servicios de Salud por la Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio y Fortalecimiento Institucional por la Secretaria General del MSPS.

1.2 AVANCES Y RESULTADOS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA-PDSP

Los objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, se centran en: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la

salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; y 3) mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. En el marco de estos objetivos, a continuación, se presentan parte de los logros y resultados obtenidos en el PDSP 2012-2021.

El PDSP 2012-2021 contiene 209 metas, de las cuales 134 son de gestión y 75 de resultado. De acuerdo con el informe de seguimiento a las metas del Plan para el periodo 2012-2018, se encuentran los siguientes resultados:

- El 49% (103) de las metas se ubican en un rango muy bueno, por encima del 75% del cumplimiento.
- El 53% (71) de las metas de gestión se ubican en un rango de cumplimiento de muy bueno (34) y (37) en el rango de bueno, con un 25% de cumplimiento.
- El 50% (37) de las metas de resultado se ubican en un rango muy bueno y bueno.

En la siguiente tabla se resaltan algunos indicadores relacionados con el tablero de metas del PDSP, de los cuales se describe la forma de cálculo y el resultado para dos periodos 2012 y 2017, presentados en forma de tasas y proporciones; éstas últimas corresponden a los indicadores de cobertura.

Tabla 3. Indicadores de resultado relacionados con el PDSP

Indicador	2012	2017	2018
Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema respiratorio por cada mil nacidos vivos.	20	16,3	17,41
Tasa de mortalidad por desnutrición en la niñez por cada mil nacidos vivos.	7,6	5,8	9,06
Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años por c/100 personas de ese grupo de edad.	3,4	3,1	N.D.
Razón de mortalidad materna a 42 días por cada 100.000 nacidos vivos	68,8	51	45,29
Tasa de mortalidad por Malaria por cada 100.000 habitantes	0,8	0,04	0,03
Tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años.	3,5	2,9	4,06
Tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años	16,1	14,2	14,89
Tasa de mortalidad en la niñez por ciertas afecciones en el periodo perinatal por cada 100.000 menores de 5 años	96,4	85,5	87,26
Tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales por cada 100.000 menores de 5 años	3,7	3,3	9,06
Cobertura o porcentaje de vacunación con BCG en nacidos vivos	89,1	89,1	89,13
Cobertura o porcentaje de vacunación contra triple viral en niños y niñas de 1 año	93,8	95,2	95,18
Porcentaje de personas de 10 años y más que actualmente fuma – comparativo 2016 – 2017	8,3	7	ND

Fuente: Estadísticas Vitales–DANE, Encuesta Nacional Demografía y Salud 1995–2000, Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2017 SISPRO–PAI.

1.2.1 Comisión Intersectorial de Salud Pública del Plan Decenal de Salud Pública

La Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) fue reglamentada mediante el Decreto 859 de 2014, con la finalidad de ser la instancia de coordinación y seguimiento entre los diferentes sectores responsables del desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública.

En el 2019, cuatro estrategias intersectoriales fueron abordadas: Accidentalidad vial, Sarampión, Estrategia Colombia Vive Saludable y Fenómeno migratorio. Entre los logros a resaltar por cada estrategia se tiene:

- **Estrategia intersectorial de movilidad saludable, segura y sostenible accidentalidad vial: “POR LAS VIDAS EN LA VÍA”**
 - ✓ Se suscribió el “Gran Pacto por la Seguridad Vial en Colombia” por parte del Ministerio de Transporte, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Agencia Nacional de Seguridad Vial y el Comité Empresarial de Seguridad.
 - ✓ Se suscribió el “Pacto por la Seguridad Vial de los Niños, las Niñas y los Adolescentes en las Vías de Nuestro País”, por parte de Ministerio de Transporte, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación.
 - ✓ Se cuenta con una alianza estratégica de cooperación internacional para apoyar el plan intersectorial de seguridad vial, a través de la iniciativa *Bloomberg Philanthropy-Vital Strategies*, mediante el Informe Nacional Anual de Incidentes de tránsito e Informes anuales de incidentes de tránsito departamentales y municipales.
 - ✓ Se cuenta con un plan de trabajo concertado con la Dirección de Comportamiento de la Agencia Nacional de Seguridad Vial en los temas priorizados: seguridad vial infantil, capacitación al personal del sector salud, planes escolares de movilidad, uso de cascos y campañas de comunicación.
- **Estrategia intersectorial de vacunación en la Guajira y Norte de Santander para mantener la certificación de país libre de sarampión, mediante respuesta coordinada y articulada a los retos emergentes del fenómeno migratorio venezolano**
 - ✓ Campaña de vacunación 2020, acordada mediante la estrategia de micro planeación por zonas geográficas cubiertas con vacunación así: Riohacha 93%, Uribí 100%, Maicao 65%, Manaure 100% en rancherías aledañas o



con brote 100%. En Norte de Santander fue vacunada la población de los municipios de Tibú y el Tarra del corredor limítrofe con Venezuela.

- ✓ Acuerdos con la Secretaria de Salud de Maicao y los representantes indígenas para llevar a cabo la micro planeación y la aplicación de la vacuna con triple o doble viral a toda la población.
- ✓ Plan focalizado y de respuesta inmediata que garantice esquemas de vacunación en niños menores de 10 años residentes en zonas fronterizas con Venezuela.
- ✓ Trabajo coordinado con los terminales terrestres, aéreos o fluviales para la vacunación del talento humano que transporta a los usuarios.
- ✓ El Departamento Administrativo de la Prosperidad Social gestionó la revisión del carné de vacunación y la actualización del esquema.
- ✓ Se vacunó al personal de salud de las IPS de municipios fronterizos con Venezuela.
- ✓ Entre enero a octubre de 2019, se vacunó a la población migrante de Arauca con 57.800 dosis; La Guajira con 135.936 dosis y en Norte de Santander con 233.057.
- ✓ Se realizó taller nacional para capacitación en el manejo de la herramienta de riesgo de sarampión a la que asistieron los coordinadores del Plan Ampliado de Inmunización (PAI) de todo el país.

- **Estrategia intersectorial “Colombia vive Saludable”**

- ✓ Se desarrolló la Red de Municipios Saludables con la firma de once acuerdos municipales.
- ✓ Se firmó el Convenio Ministerio de Salud–Ministerio del Deporte para la promoción de la actividad física y los estilos de vida saludable a nivel territorial.
- ✓ Se cuenta con una herramienta para la adquisición y preparación de alimentos saludables en programas de asistencia alimentaria en el Programa de Alimentación Escolar (PAE) y tiendas escolares saludables.
- ✓ Se dio la publicación conjunta de la estrategia para la promoción de la salud en el entorno laboral formal, con el Ministerio del Trabajo y el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- ✓ Se efectuó un trabajo intersectorial para el desarrollo de capacidades a las Direcciones Territoriales de Salud y comités de seguridad y salud en el trabajo del Huila, Antioquia, Vaupés, Bogotá, Medellín, Cali y Neiva.

- **Articulación intersectorial frente al fenómeno migratorio en Colombia**

En octubre de 2019 se realizaron los acuerdos intersectoriales con 11 entidades para avanzar en los siguientes temas:

- ✓ Apoyar el proceso de aseguramiento en la generación de validación del SISBEN.
- ✓ Otorgar permiso especial (documento válido para de identificación).
- ✓ Generar mecanismos para la priorización y atención de gestantes, pacientes con diagnóstico de enfermedades de alto costo descompensados y menores de edad.
- ✓ Fortalecer la información frente al derecho (acceso) y al aseguramiento.
- ✓ Estrategias para la convivencia social y ciudadana: Prevención de la xenofobia y de todas las formas de violencia, en especial las basadas en género.
- ✓ Fortalecer acciones de educación para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- ✓ Fortalecer la planeación territorial en salud en términos de necesidades en el marco del fenómeno migratorio.

1.2.2 Capítulo étnico y de víctimas del conflicto armado del Plan Decenal de Salud Pública

El PDSP definió como meta que Colombia contaría con los capítulos étnico para la población indígena y de víctimas con el objetivo de asegurar las acciones propias e interculturales en salud pública, que buscan garantizar el acceso a mejorar las condiciones de vida y salud y lograr cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables en estas poblaciones.

• Capítulo étnico para los Pueblos y Comunidades Indígenas en Colombia

- ✓ Aproximadamente 1.200 Indígenas participaron en la construcción del Capítulo Indígena del PDSP, mediante 11 encuentros regionales, organizados por la Organización Nacional Indígena–ONIC, Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia, Gobierno Mayor, Confederación Indígena Tayrona (CIT), Organización Nacional de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Colombiana (OPIAC) y Autoridades Indígenas de Colombia (AICO) en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Epidemiología y Demografía.
- ✓ Se contrató un equipo profesional indígena por el Ministerio de Salud y Protección Social para la construcción conjunta del capítulo y la propuesta de resolución con la Dirección de Epidemiología y Demografía.
- ✓ Se desarrollaron sesiones de trabajo preparatorias con la Subcomisión de Salud Indígena para la validación del Capítulo Indígena.



- ✓ El Capítulo y proyecto de resolución fueron validados ante la Sesión de la Subcomisión de Salud Indígena, entre el 1 y 2 de noviembre de 2019 en La Guajira.
- ✓ Se protocolizó el proyecto de resolución y el Capítulo Indígena con la Mesa Permanente de Concertación Indígena, el 6 de diciembre de 2019 en Bogotá.
- ✓ Se publicó el proyecto de resolución y anexo técnico (Capítulo Indígena), para consulta ciudadana.
- ✓ El proceso de reglamentación de la resolución se encuentra en curso por la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ El Capítulo Indígena del PDSP representó la inversión de \$1.122 millones, mediante la expedición de la Resolución de transferencia 6434 de 2016, por \$684 millones y la Resolución 3279 de 2018, por \$300 millones y aunados a los recursos de la contratación del equipo profesional por \$138 millones.
- ✓ Se aprobaron los recursos de inversión del 2020 por \$163,3 millones, mediante acuerdo con la Mesa Permanente de Concertación–Subcomisión de Salud, para la contratación de profesionales indígenas, que permitan la continuidad de la incorporación de los componentes del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) en coherencia con el Capítulo Indígena en los Planes Territoriales de Salud, Análisis de Situación de Salud (ASIS) y Vigilancia comunitaria, que a su vez representan los tres compromisos adquiridos en el Plan Nacional de Desarrollo.
- ✓ Cuarenta y dos (42) entidades territoriales departamentales y distritales, reciben orientaciones para la incorporación del enfoque étnico diferencial en la planeación territorial en salud, en el marco de la Dimensión Transversal del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

- **Capítulo étnico para las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras**

La definición del Capítulo de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras del PDSP se rige por el protocolo de Consulta Previa.

- ✓ El Espacio Nacional de Consulta Previa–ENCP, designó a la Comisión Tercera de Salud como interlocutor legítimo, para construir con el Ministerio de Salud y Protección Social el capítulo étnico de sus comunidades.
- ✓ El Ministerio de Salud concertó la Ruta Metodológica con la Comisión Tercera de Salud por \$6.558,5 millones, recursos que se encuentran



disponibles para culminar el proceso de la Consulta Previa para el citado capítulo.

- ✓ Se cumplió con la fase de preconsulta mediante reunión con la Comisión Tercera en pleno, en Cartagena del 5 al 12 de agosto de 2019, para el fortalecimiento organizativo, de política pública y ancestralidad. Así mismo, se concertó la metodología e instrumentos para la recolección de insumos en las asambleas departamentales.
- ✓ Se expidió la Resolución 2604 de 2019, “Por la cual se efectúa la asignación de recursos del Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social de la vigencia fiscal de 2019 para la recolección de insumos del capítulo afro del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”. Se destinaron \$2.440 millones para Antioquia, Casanare, Cundinamarca, Magdalena y Valle del Cauca, para el desarrollo de las 33 asambleas.
- ✓ Se contrató un equipo de ocho (8) profesionales para apoyar el proceso.
- ✓ Se realizaron dos asambleas el 20 y 21 de diciembre de 2019, desde la entidad territorial de Cundinamarca.
- ✓ Las demás entidades territoriales continúan con la gestión administrativa contractual para las asambleas faltantes.

- **Capítulo étnico para el Pueblo Rrom o Gitano**

- ✓ La definición del Capítulo para el Pueblo Rrom se desarrolló y concertó mediante la participación y diálogo entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Mesa Nacional de Dialogo del Pueblo Rrom, así como a través del trabajo participativo de las 10 Kumpaño del país.
- ✓ Se realizaron 11 encuentros en dos oportunidades con las 10 Kumpaño, que permitieron la recolección de los insumos de base y la actualización de los mismos para la construcción del capítulo y el proyecto de resolución.
- ✓ Se contó con aproximadamente 620 participantes representantes de las Kumpanias de Sabanalarga, Tolima, Envigado, Girón, San Pelayo Sahagún, Prorom Bogotá, Cúcuta, Unión Romaní Bogotá, Sampués y Pasto, lo que representó una inversión aproximada de \$240 millones.
- ✓ Se socializaron los resultados de la construcción conjunta del capítulo con las 10 Kumpaño del Pueblo Rrom del país y con la Mesa Nacional de Diálogo del Pueblo Rrom.
- ✓ El capítulo permitió la identificación de las problemáticas en salud de esta población y del conjunto de estrategias en salud pública requeridas para contribuir con la materialización del derecho a la salud de esta población, acorde con sus necesidades y particularidades socioculturales.

- ✓ Se publicó el proyecto de resolución para consulta ciudadana el 16 de enero de 2020.
- ✓ Actualmente el capítulo se encuentra en proceso de reglamentación por la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Incorporación de las problemáticas, metas y estrategias en los Planes Territoriales de Salud (mayo 31 de 2020).

- **Capítulo para la Población Víctimas del Conflicto Armado:**

La definición de este capítulo tuvo un enfoque técnico y participativo entre la población víctima del conflicto armado a través de la Mesa Nacional de Participación Efectiva de Víctimas y el Ministerio de Salud y Protección Social. Así, en 30 encuentros departamentales, con la participación de aproximadamente 1.054 líderes y lideresas víctimas del conflicto armado, se generaron los insumos que permitieron identificar las principales necesidades y respuestas en salud para esta población, las cuales fueron integradas técnicamente a la propuesta del Capítulo.

- ✓ Se aprobó la propuesta del plan de ruta para la construcción de la metodología de recolección de insumos, como requisito para el abordaje del espacio consultivo.
- ✓ Se divulgó el proyecto de resolución para aportes y comentarios de la ciudadanía entre el 2 y el 17 de octubre de 2019.
- ✓ Se socializó el proyecto de resolución en Plenario Nacional con la Mesa Nacional de Participación Efectiva de Víctimas el 24 de octubre de 2019 y en el Primer Encuentro de Experiencias de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, realizado el 10 de diciembre de 2019.
- ✓ Se publicó el proyecto de resolución para consulta ciudadana, el 16 de enero de 2020.
- ✓ El proyecto de resolución se encuentra actualmente en proceso de reglamentación por la Dirección Jurídica del MSPS.
- ✓ Incorporación de las problemáticas, metas y estrategias en los Planes Territoriales de Salud (mayo 31 de 2020).

1.2.3 Planeación Integral en Salud

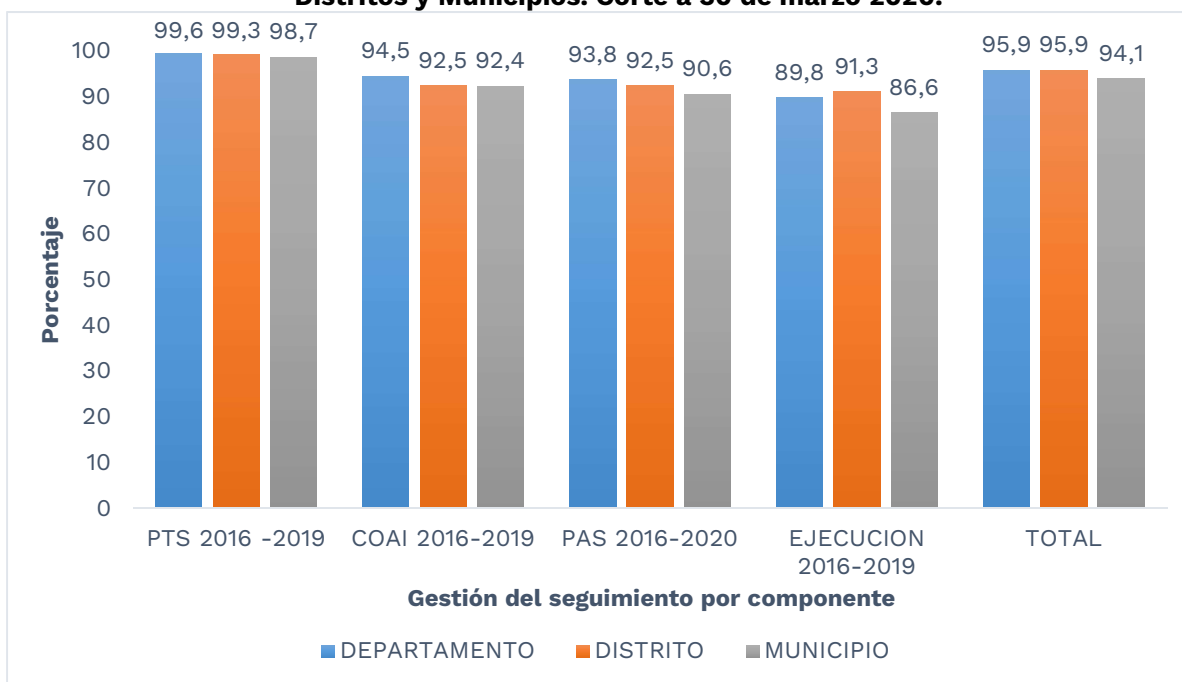
Seguimiento al reporte de los Planes Territoriales de Salud (PTS) 2016-2019 en el Portal Web del PDSP

- El 100% de las entidades territoriales departamentales y distritales han cargado la información de sus PTS al portal web del PDSP.
- En el primer trimestre del año 2020, el 94,2% de las entidades territoriales habían concluido el proceso de cargue de la información de los PTS en sus componentes de aprobación del Plan, Componente Operativo Anual de Inversión (COAI), Plan Anual de Salud (PAS) y la ejecución de la vigencia 2016-2019, lo cual es un avance significativo en el seguimiento y gestión del cierre de la vigencia anterior.

Seguimiento de la gestión integral en salud–Planes Territoriales en Salud

- La ilustración siguiente muestra los indicadores del cargue de la información de cada uno de los procesos de la planeación integral en salud por departamento, distrito y municipio. Como se observa a continuación, las entidades territoriales han alcanzado un reporte superior al 95% en el cargue de la información de la vigencia de los PTS 2016-2019.

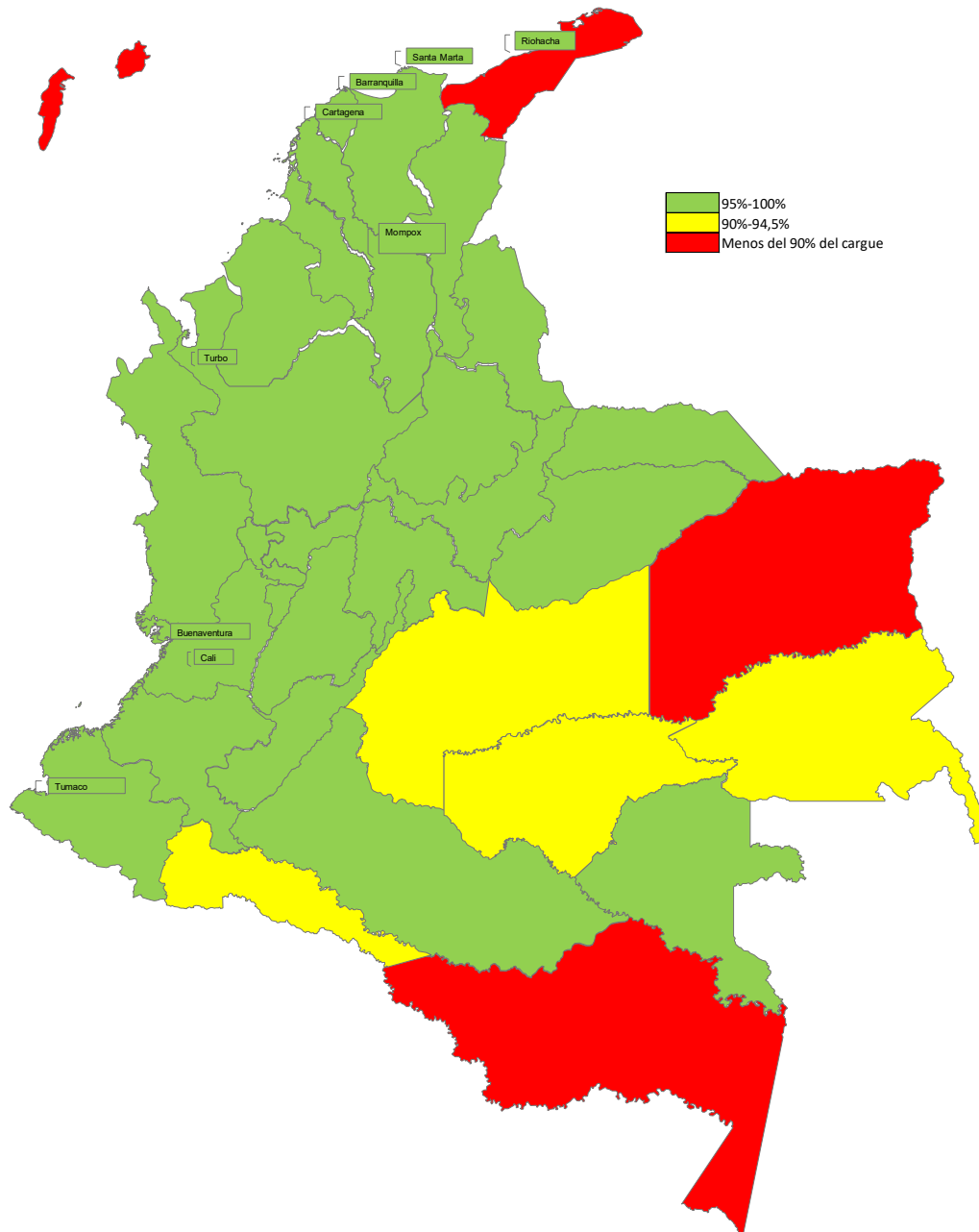
Ilustración 19. Estado del cargue de los Planes Territoriales de Salud, Departamentos, Distritos y Municipios. Corte a 30 de marzo 2020.



Fuente: Salidas PTS portal web para la gestión del PDSP.

- La siguiente ilustración muestra la distribución del cargue de los PTS por departamento al portal web del PDSP. Se observa que la mayoría de los departamentos han cargado más del 95% de sus PTS; mientras sólo dos departamentos (Amazonas y Vichada) han cargado menos del 90% del total de los PTS para la vigencia 2016-2019.

Ilustración 20. Mapa del cargue de los Planes Territoriales de Salud



Fuente: Salidas PTS portal web para la gestión del PDSP. 30 de marzo 2020.

Cobertura de asistencia técnica a las Entidades Territoriales en el Proceso de Planeación Integral

- Con corte al primer trimestre de 2020, se ha brindado asistencia técnica al 100% de las Entidades Territoriales en el Proceso de Planeación Integral en Salud.
- La asistencia técnica se focalizó en brindar las orientaciones normativas, técnicas y metodológicas para la implementación de los procesos de aprestamiento institucional y de ruta lógica para la formulación de los PTS, en concordancia con lo establecido en la Resolución 1536 de 2015.

Gestión para uso del portal web del Plan Decenal del Salud Pública PTS 2020–2023

- El 100% de los departamentos cuentan con la creación de usuarios para el uso del portal web del PDSP para cada uno de sus municipios. Por lo tanto, se han creado a la fecha 1674 usuarios, que representan el 96% de las entidades territoriales a nivel nacional.
- Se ha hecho transferencia de conocimiento a departamentos con sus municipios (Distrito de Buenaventura, Risaralda, Quindío, Norte de Santander, Vaupés, Arauca, Amazonas y Choco) en el manejo de la plataforma para el cargue, reporte, gestión y seguimiento de las actividades registradas de la planeación integral en salud.
- Para el segundo trimestre del año 2020, se realizará esta actividad al 100% de las entidades territoriales.

1.2.5 Análisis de la Situación de Salud (ASIS)

- Se construyó el Atlas de Inequidades conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el grupo de gestión del conocimiento. Se encuentra en proceso de publicación.
- Estudio Nacional de Equidad y Salud Ambiental (ENESA) construido conjuntamente con la OPS y la Subdirección de Salud Ambiental. Se encuentra en proceso de publicación.
- Asistencia técnica realizada al 100% de las entidades territoriales, en el acompañamiento para la elaboración y actualización de los documentos ASIS para la vigencia 2019.
- Enlaces de disponibilidad de indicadores del ASIS actualizados de acuerdo a la fuente a 2018:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/bases-datos-externas-actualizacion-asis-2019.zip>
- <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesasis/>
- <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesasis2/>
- <http://rssvr2.sispro.gov.co/Caracterizacion/>

- Fortalecimiento y refuerzo en el ASIS del componente de migrantes, víctimas, salud ambiental y salud mental. Se proyecta continuar para el 2020 el componente étnico y de género.
- Se cuenta con el ASIS Nacional 2018 publicado en el Repositorio Institucional Digital–RID:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/asis-colombia-2018.pdf>. El correspondiente al 2019 se encuentra en proceso de revisión de estilo para su publicación final.

1.2.6 Caracterización de la población Afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

La caracterización de la población afiliada a las EAPB hace parte integral del ASIS del país, para la gestión del riesgo en salud, y apoyar el proceso de planeación de salud pública, aportando el conocimiento sobre el estado de salud y las necesidades prioritarias a intervenir en salud en la población afiliada.

- Disposición actualizada y oportuna de los indicadores requeridos por las EAPB para realizar sus respectivos análisis y priorización de indicadores a través de los siguientes enlaces:
 - <http://rssvr2.sispro.gov.co/caracterizacion/>
 - <http://rssvr2.sispro.gov.co/caracterizacionpoblacional/>
 - <http://rssvr2.sispro.gov.co/caracterizacionpoblacionalEAPB/>
- El 96% de las EAPB han reportado la “Caracterización de la Población Afiliada a las EAPB” del año 2019, donde el 99% cargaron la información sin errores, con la siguiente distribución según régimen de afiliación:

Tabla 4. Estado de cargue de la caracterización de la población afiliada por EAPB según régimen de afiliación, 2019

Régimen	Entidades que deben reportan	Entidades con cargue
Contributivo	41	39
Subsidiado	40	40
Especial/Excepción	14	12
Total	95	91

Fuente: Estado de cargue Caracterización de la Población Afiliada a las EAPB 2019.

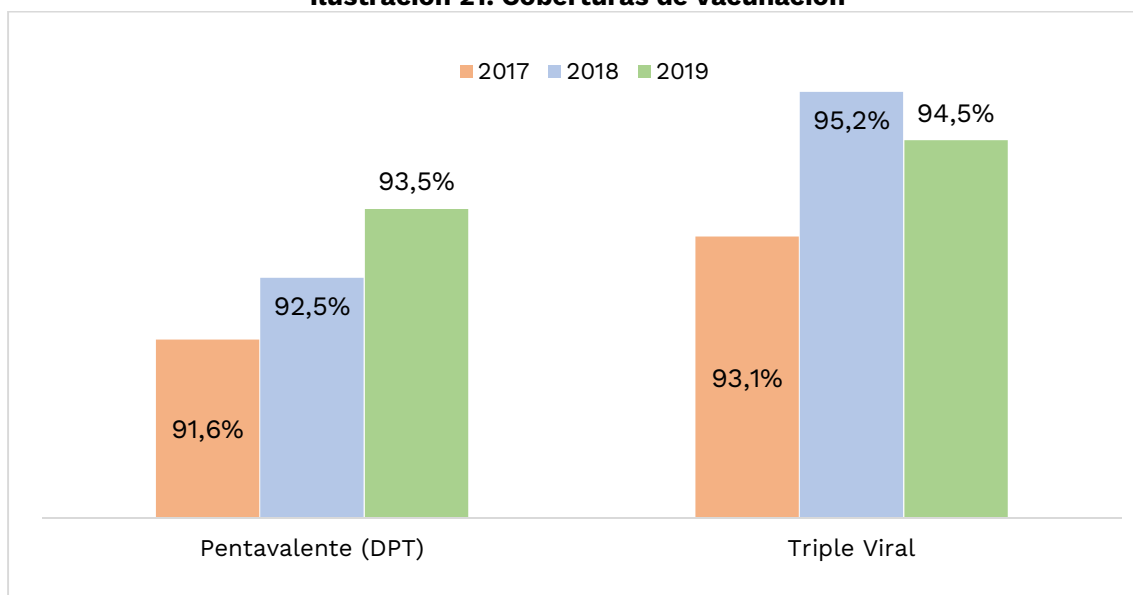
- Se dispone de información consolidada para los años 2014 a 2018 de la caracterización de la población afiliada a las EAPB, como insumo para las Entidades Territoriales en la formulación de los planes territoriales de Salud en el siguiente enlace:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/caracterizacion-poblacional.zip>

1.3 VACUNACIÓN: PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES–PAI

Los servicios de vacunación son un componente esencial de los servicios de salud y se deben mantener mientras las medidas de respuesta al COVID-19 lo permitan, lo que para el programa ha sido un reto, ya que ha generado la reorganización y replanteamiento de las estrategias y tácticas de vacunación en el territorio nacional y de esta manera minimizar el riesgo excesivo de morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) que resultarían si los servicios de inmunización fueran interrumpidos en su totalidad.

Las coberturas de vacunación alcanzadas con los biológicos trazadores a diciembre de 2019 quedaron en 93,5% para pentavalente (3 dosis) para población menor de un año, triple viral (al año de edad) en 94,5%, respectivamente, encontrándose levemente por debajo de lo esperado, teniendo en cuenta que la cobertura esperada para los biológicos del esquema es del 95%.

Ilustración 21. Coberturas de vacunación



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

Nota: Se grafican coberturas trazadoras en términos de menores de un año con vacuna Pentavalente (tres dosis) y niños 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.

Las coberturas de vacunación alcanzadas con los biológicos trazadores para el periodo comprendido entre enero a mayo de 2020 para pentavalente están en 31,3% en población menor de un año y para triple viral de un año en 31,4%, respectivamente, encontrándose por debajo de las alcanzadas en abril de 2019, consecuencia de la pandemia por COVID-19, las medidas adoptadas para disminuir el riesgo de transmisión (entre las cuales se encuentran el aislamiento obligatorio establecido a partir del 25 de marzo) y el nuevo denominador poblacional que para esta vigencia son las proyecciones de población 2020 del censo DANE (realizado en 2018) y que, comparadas con el año inmediatamente anterior, el denominador muestra un incremento para la mayoría de municipios del país.

Frente a los eventos inmunoprevenibles en proceso de erradicación eliminación y control, Colombia recibe el premio de la “Iniciativa contra el Sarampión y la Rubeola”, en Naciones Unidas 2019, manteniendo el status como país libre del sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita 2020. Se avanza adicionalmente en la implementación de los compromisos establecidos con la Asamblea Mundial de la Salud para la certificación de la erradicación mundial de la poliomielitis; el país ya cuenta con la tercera dosis de polio inyectable dentro de su esquema de vacunación a partir del primero de abril de la presente vigencia, para los eventos inmunoprevenibles en control; en abril se inició la jornada nacional de vacunación de búsqueda de población susceptible para Fiebre Amarilla.

Se realizó la calificación de los cuartos fríos y la zona seca del almacén del Ministerio de Salud y Protección Social donde se involucraron las etapas de: Calificación Operacional (OQ), de Desempeño (PQ) y de instalación (IQ) y la calificación de la zona seca de almacenamiento de los insumos del programa, lo anterior conforme a la Resolución 1160 de 2016, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Se logra la puesta en funcionamiento de los centros de acopio de vacunas de los departamentos de Boyacá, Bolívar y Cauca, los cuales fueron construidos con la cofinanciación de recursos de este Ministerio por \$1.830.000.

- **Respuesta al fenómeno migratorio en materia de vacunación**

Se garantiza la vacunación de la población objeto migrante en todo el territorio nacional. Durante el 2019 y hasta la fecha se han aplicado más de 1,2 millones de dosis de vacunas a población migrante venezolana, con una inversión que supera los \$17 mil millones. De forma paralela se diseñó e implementó la Tarjeta Unificada de Vacunación en 11 países (Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, Haití, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República

Dominicana), como iniciativa regional en pro de la salud de la precitada población.

Por otra parte, hay que resaltar que se contó con un presupuesto de \$385 mil millones para 2019, lo que ha sido la inversión más alta desde una perspectiva histórica.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

1.4 ACCIONES ANTE EL FENÓMENO MIGRATORIO DESDE VENEZUELA

- El Ministerio de Salud y Protección Social ya había expedido las Circulares 012 y 029 de marzo de 2017, con el fin de mejorar el sistema de registro de la atención en salud de las personas migrantes en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas.
- Se han realizado 16 informes mensuales de situación en salud de la población migrante. El documento contiene los análisis de las atenciones reportadas de la población procedente de Venezuela, junto con el análisis de los eventos de interés en salud pública, notificados al Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA) como procedentes del mismo país.
- Durante el periodo del 1º de enero de 2019 al 31 de mayo de 2020, se han reportado al Ministerio de Salud y Protección Social 4,9 millones de atenciones en salud prestadas a más de 626 mil personas procedentes de Venezuela.
- Del total de atenciones reportadas en población procedente de Venezuela, el 71% corresponde a procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, el 13% a consulta externa, el 10% a consulta de urgencias, el 3% corresponden a urgencias y el 2% a hospitalización.
- La situación epidemiológica del fenómeno migratorio para el año 2020 a semana epidemiológica 20 con corte a mayo de 2020, se notificaron de 2.855

eventos de interés en salud pública procedentes del extranjero, de los cuales el 91% son procedentes de Venezuela.

- Para el año 2020 a semana epidemiológica 20, la sífilis gestacional representa el 13,5% del total de eventos, seguido de la morbilidad materna extrema con el 12,6%, la violencia de género e intrafamiliar 11,1%, malaria 10,4%, y bajo peso al nacer 7,6%. Estos cinco eventos representan el 55,1% del total de eventos notificados al SIVIGILA
- Se fortalece el componente de migración en los ASIS como base para apoyar los territorios en la comprensión y dinámica para la planeación en salud.
- Se implementó el plan de respuesta en salud al fenómeno migratorio en 17 entidades territoriales (Norte de Santander, Santander, Arauca, La Guajira, Atlántico, Cesar, Barranquilla, Magdalena, Santa Marta, Antioquia, Bolívar, Cartagena, Bogotá, Valle del Cauca, Nariño, Casanare y Guainía) para la identificación de prioridades en salud, en el marco de la Planeación Integral en Salud, con la inclusión de actividades dirigidas a la población migrante en los planes territoriales para la vigencia 2020-2023.
- En la Comisión Intersectorial de Salud Pública del PDSP se desarrolló el Plan Estratégico Intersectorial para el fenómeno migratorio.
- Movilización de múltiples donaciones internacionales para apoyo en la atención a migrantes. Además, en 2019 se incrementaron en un 100% los recursos transferidos a 33 entes territoriales (secretarías de salud departamentales y municipales) para apoyar la atención en salud de la población migrante. Este apoyo, efectuado mediante las Resoluciones 1175 y 3343 de 2019, pasó de \$40 mil millones en 2018 a \$80 mil millones en 2019.

1.5 INICIATIVA REGIONAL DE ELIMINACIÓN DE LA MALARIA-IREM

Se firmó el Convenio Interadministrativo con el BID para financiar la estrategia de eliminación de la malaria en 12 municipios del Pacífico Colombiano. Los municipios incluidos en proyecto IREM son: Acandí, Atrato, Bagadó, Juradó, Lloró, Medio Atrato, Quibdó, Rio Quito, Riosucio y Unguía en el Departamento del Chocó, Tumaco en el Departamento de Nariño y el Distrito de Buenaventura (Valle del Cauca) y se ha realizado el monitoreo y seguimiento de indicadores IREM y planeación en el marco de la pandemia por COVID-19, en los municipios priorizados.

Se avanzó en la implementación del Plan Estratégico de Malaria con énfasis en los focos de alta transmisión, así como en el seguimiento a las iniciativas tendientes a mitigar la afectación de las poblaciones en las áreas endémicas del territorio nacional, donde se define la ruta de acción estratégica para la atención integral, promoción de la salud, prevención, vigilancia, control y eliminación de la malaria en Colombia, acorde a las metas establecidas en el Plan Decenal de

Salud Pública 2012–2021, a partir de los componentes de la Estrategia de Gestión Integrada–EGI.

Se han generado espacios de formación de capacidades dirigidos a las Direcciones Territoriales, específicamente la videoconferencia de orientación de acciones de manejo integrado de vectores, el 18 de marzo de 2020, dirigida a los equipos funcionales territoriales, especialmente a los coordinadores y técnicos del programa de Promoción, Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores de los departamentos y distritos del territorio nacional.

Se ha observado una reducción de alrededor del 50% de la endemia de malaria en el país. Se reportan en promedio entre 67 mil casos de malaria por año; la malaria complicada representa solo entre el 1 al 2% de los casos, producto de diferentes iniciativas emprendidas en áreas con transmisión persistente. Aunque la especie predominante en Colombia es *P. vivax*, en el periodo se han presentado cambios en la relación *P. vivax/P. falciparum*, predominando en años epidémicos el *P. falciparum*, lo que se podría explicar por el aumento significativo de casos en la región pacífica en donde predomina esta especie de *plasmodium*.

Existen tres (3) grandes focos activos importantes de producción y dispersión de la enfermedad:

- Urabá-Bajo Cauca–Alto San Jorge
- Costa Pacífica
- Orinoquia-Amazonía

En estos, la transmisión se focaliza predominantemente en el área rural de los municipios, donde se registra más del 80% de la carga de la enfermedad, comprendiendo los departamentos de Chocó, Antioquia, Córdoba, Nariño, Cauca, Distrito de Buenaventura, Bolívar, Risaralda, Amazonas, Vichada, Guainía y Guaviare. Hace dos años se reactivó el foco de transmisión en Norte de Santander en la región del Catatumbo municipio de Tibú y la Gabarra, por el flujo de migrantes de Venezuela.

Se ha alcanzado reducción en la mortalidad mayor al 70% en relación con lo registrado a inicios de la década. Esto es el resultado de un mejor acceso al diagnóstico y el tratamiento oportuno con las nuevas tecnologías de diagnóstico, la introducción y la adherencia a los nuevos esquemas de tratamiento con derivados de las artemisininas.

1.6 DENGUE

Durante el año 2019 se registraron 127.553 casos de dengue, 61.431 (468,2%) sin signos de alarma, 64.716 (50,7%) con signos de alarma y 1.406 (1,1%) dengue grave, con la mayor frecuencia en los departamentos de en Meta, Tolima, Huila, Santander y Valle del Cauca. El 15,3% de los casos ocurrieron en menores de 5 años y el 3% en mayores de 65 años. Por lo anterior, se gestionaron dos circulares con recomendaciones a nivel político, técnico y operativo para prepararse y atender la epidemia del 2019.

Desarrollo del plan de respuesta para arbovirosis²¹, con el fin de dar respuesta oportuna desde los servicios de salud y en articulación con todos los actores del SGSSS para la atención clínica de los pacientes, para garantizar la detección, diagnóstico y atención clínica oportuna y con calidad.

Se define e implementa la primera fase del plan de contingencia, bajo la campaña “Córtale las alas al dengue” en dos fases, el cual es liderado por la autoridad sanitaria nacional o territorial, con el propósito de direccionar y liderar los esfuerzos institucionales, sectoriales y sociales para reducir la carga social y económica que producen la morbilidad, complicaciones y mortalidad por dengue. Acciones de promoción realizadas: capacitación de 1.474 profesores del entorno educativo, 1.086.000 viviendas intervenidas con acciones de control químico, 369 toneladas de inservibles recolectadas entre otros.

Se gestionó la compra y entrega de insumos larvicidas y adulticidas, así: Compra 649-2019: Adulticida Fenitrothion al 40% ULV Sumithion®, con 34 canecas de 60 litros (2.040 litros); entregadas en las Direcciones Territoriales de Salud (DTS); Adulticida Malatión 96,5%; con 433 canecas de 60 litros (25.980 litros) entregadas en las DTS. Así mismo se garantizó la transferencia de recursos por \$30.687,3 millones a las 37 DTS para cofinanciar los programas de promoción, prevención, control y eliminación de las ETV y zoonosis.

1.7 OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, REEMERGENTES Y DESATENDIDAS

Para este componente se ha garantizado el acompañamiento técnico a los agentes del sistema para cada uno de los programas: Enfermedades Transmitidas por alimentos, Tuberculosis, enfermedad de Hansen, Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Infección Respiratoria Aguda (IRA),

²¹ Conjunto de virus transmitidos todos por artrópodos.

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Geohelmintiasis, Tracoma, Complejo Teniasis/Cisticercosis. Los principales indicadores son:

Tabla 5. Indicadores

Indicador	2018	2019
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA (*100.000)	4,0	No disponible
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA (*100.000)	14,9	No disponible
Porcentaje de éxito de tratamiento para TB (*100.000)	70%	Cierra 2021
Tasa de mortalidad por TB (*100.000)	2,0	2,1
Tasa de discapacidad grado 2 por Hansen (*1.000.000)	0,8	0,8
Indicadores de IAAS:		
Infección de torrente sanguíneo asociado a catéter (casos*1000 días)	2,1	2,9
Neumonía asociada a ventilador (casos*1000 días)	2,2	2,2
Infección tracto urinario (casos*1000 días)	1,5	1,8
Cobertura de administración antihelmíntica masiva con albendazol en niños en edad escolar. Para primera / segunda ronda	46,2 / 46,4	54,6 / 42,8

Fuente: Minsalud-Dirección de Promoción y Prevención

Atendiendo el comportamiento de los indicadores, las acciones que se han realizado para concurrir a estos son:

- Expedición de la Circular 006 de 2020, con directrices para el fortalecimiento de las medidas de prevención y atención Integral Hepatitis A y de las acciones de vigilancia y control para este evento.
- Expedición de la Resolución 227 de 2020, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis-PNPCT y se dictan otras disposiciones.
- Implementación de los lineamientos técnicos para la autoevaluación de la estrategia multimodal de higiene de manos en instituciones de segundo nivel y superiores.
- Resolución 504 de 2020, por la cual se efectúan transferencias para el Programa de Lepra o Enfermedad de Hansen por \$1.824 millones.
- Resolución 506 de 2020, por la cual se efectúan transferencias para el Programa de Tuberculosis por \$7.601,7 millones.
- Se efectuó adquisición de medicamentos para el abordaje de los casos de tuberculosis, IRA, Tracoma y geohelmintiasis, a través del Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud-OPS (Compra 154 de 2020) por \$1.969,8 millones.

1.8 CONTINUIDAD EN EL PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN DOMICILIARIA DEL CHAGAS

Se adelantó la verificación internacional de parte de la OPS, que generó concepto favorable para 33 de 34 municipios que se encuentran en estatus de interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas (eliminación de transmisión vectorial) de los departamentos de Norte de Santander, Santander, Boyacá, Casanare, Arauca y Vichada²², acumulando 66 municipios certificados, especialmente del área rural, lo que permite la reducción del riesgo, en su principal mecanismo de transmisión. En la presente vigencia se avanza en 42 municipios adicionales.

En relación con la letalidad por enfermedad de Chagas agudo, se observa una reducción en ella (42,6%) a partir de la detección, investigación y organización de la red prestadora de servicios para la atención de casos en el marco de los brotes por transmisión oral.

Tabla 6. Letalidad por enfermedades de Chagas agudas 2008–2020

Periodo	Casos Confirmados	Muertes	Letalidad *100	Reducción 2008-2012 %
2008-2012	91	14	15,38%	
2013-2017	187	9	4,81%	68,7
2018-2020	68	6	8,82%	42,6
2013-2020	255	15	5,88%	61,8

Fuente: Sivigila. INS

Se inicia el escalonamiento del proyecto de reducción de barreras para la atención de casos crónicos; implementar un plan de prevención de la transmisión oral; fortalecer la atención clínica de casos agudos y modificar la Resolución 2257 de 2011 que actualice la guía de atención integral de enfermedad de Chagas.

1.9 VIH–SIDA

Se avanzó en el fomento de la estrategia de prevención Combinada para el cumplimiento de las metas 90-90-90²³, ampliando la cooperación para Colombia con el Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en el marco de Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/Sida hasta el año 2025.

²² Comisión de Evaluación Internacional de la OPS

²³ Que en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH; que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada; y, que el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral.

Se coordinaron acciones de cooperación internacional para dar atención en VIH a la población migrante venezolana.

Se está adelantando la revisión del Decreto 1543/97 (conformación del CONASIDA), Resolución 2338/13 (diagnóstico extramural del VIH), Resolución 1912/15 (ajuste a indicadores de Gestión de la Cuenta de Alto Costo) así como la actualización de las Guías de práctica Clínica, con el fin de identificar los ajustes a realizar.

Con base en lo anterior se debe gestionar con los agentes del sistema el incremento del diagnóstico temprano de la coinfección TB/VIH y el acceso al tratamiento antirretroviral en este grupo de personas para reducir las probabilidades de muerte de estos pacientes.

1.10 SALUD MATERNA Y DE LA MUJER

La razón de mortalidad materna (RMM) a 2018 disminuyó a 45 muertes por 100 mil nacidos vivos bajando, desde el 2017, 6 puntos que corresponden al 11,7%. A pesar de la no disponibilidad de datos oficiales para el año 2019, en los informes publicados por el Instituto Nacional de Salud, se aprecia un aumento de muertes de un 6,5%. Este aumento se centró según informes preliminares en cascos urbanos de los departamentos de Cesar, La Guajira, Cundinamarca y Tolima.

En este sentido, se desplegó a nivel territorial de un plan de choque para el ajuste de los territorios que se encontraron desviados en los análisis. Este plan fue desarrollado en conjunto con el Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, con el apoyo de la OPS.

1.11 VIOLENCIAS DE GÉNERO

Se actualizó el protocolo y modelo de atención en salud integral para las víctimas de violencia sexual (Res. 459/2012). Se revisaron y aprobaron proyectos para la prevención de la violencia intrafamiliar en más de 7 municipios con una inversión superior a \$1.500 millones. Así mismo se firmó entre los Ministerios de Salud y Educación el pacto para el desarrollo de capacidades en manejo de emociones para profesores y cuidadores. Se cuenta con información actualizada sobre el comportamiento de las violencias en el Sistema Integrado de Información de Violencias de Género, reportando 71.787 atenciones en salud por medicina general a mujeres víctimas de violencia entre 2018 y 2019.

Se requiere la publicación y expedición de ruta integral de atención para las violencias de género y conflictividad social; gestionar con los agentes del sistema la atención en salud (física y mental) al 100% de las mujeres captadas por el SIVIGILA y consensuar los indicadores de seguimiento a partir de la interoperabilidad de las fuentes intersectoriales. De manera paralela con las entidades territoriales se debe coordinar la adopción del mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por razones de Género (cerca de 700 territorios).

1.12 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

1.12.1 Riesgos cardiovasculares

Se implementó la estrategia “Conoce Tu Riesgo, Peso Saludable” adicionando el desarrollo de la APP “Calculadora de Riesgo”. El despliegue de la estrategia tuvo una cobertura de 819 mil personas con cálculos de riesgo cardiovascular y metabólico.

Se cuenta con la estimación del costo para la implementación de las rutas integrales del grupo de riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial, post Infarto de miocardio, post Accidente cerebro vascular, enfermedad renal crónica, falla cardiaca y Diabetes tipo 2 que permitirá avanzar en su implementación en la vigencia 2020; adicionalmente se construyó tablero de control con indicadores trazadores para el seguimiento a la gestión de las EAPB y las Direcciones Territoriales en Salud en relación con las acciones de detección temprana de riesgo cardiovascular y metabólico, así como al porcentaje de control de pacientes hipertensos y diabéticos.

Se gestiona la ampliación de las coberturas de las acciones de detección temprana y atención integral tanto de la RIAS promoción y mantenimiento de la salud como de las RIAS de riesgo específicas: Hipertensión y Diabetes, Cáncer (infantil, mama, cuello uterino, colon, recto, próstata), EPOC, Salud Bucal, Salud Visual y Salud Auditiva y dar continuidad al seguimiento en la adherencia de los agentes del sistema a la estrategia conoce tu riesgo y el uso del app para el abordaje de las enfermedades cardiovasculares.

1.12.2 Municipios saludables

Se conformó la red de municipios saludables (11 municipios con pactos firmados y 29 territorios en proceso de perfeccionamiento); se implementó el Programa Nacional de Cesación del Consumo de Tabaco definiendo los procedimientos de fiscalización sanitaria de la Ley 1335 de 2009 en los departamentos de Caquetá, Casanare, Cauca, Santander, Valle del Cauca, Antioquia, Risaralda y Quindío; se adelantó la formalización del mecanismo de coordinación intersectorial para la implementación del Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) de la OMS en Colombia (taller de coordinación intersectorial liderado por el Gobierno de Brasil) y se elaboró la Circular 032 de 2019, sobre riesgos advertencias sobre los sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina SEAN/SESN.

De forma complementaria, se realizó la suscripción del convenio marco con el Ministerio del Deporte para la implementación de la estrategia Colombia Vive Saludable, logrando la sensibilización de los agentes del sistema en la región pacífica.

1.12.3 Tabaco

Se mantuvo la discusión respecto a la inclusión de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina–SEAN y Sistemas Electrónicos sin suministro de nicotina–SESN en la Ley 1335 de 2009. Así mismo durante el año 2019, se presentó la iniciativa de aumentar el impuesto al tabaco.

- **Sistemas electrónicos**

Es importante señalar que la presencia de estos dispositivos en el mercado nacional sin regulación alguna, constituye una clara amenaza a las acciones de política pública para el control del tabaco que este Ministerio ha venido liderando y posicionando en la población, así como un riesgo para la salud de los consumidores y las personas expuestas a estos productos.

La postura que este Ministerio ha venido impulsando que se requiere un ejercicio de regulación más abarcador y eficaz, que proteja de manera efectiva la vida y la salud de la población colombiana, tomando en cuenta, precisamente, el convenio marco, así como las directrices impartidas y el carácter reforzado de protección en la materia, en tanto derecho fundamental reconocido a través de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud.

Esto se concreta en que la ley incluya los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina y sin nicotina SEAN/SESN como sucedáneos o imitadores del tabaco, y de esta manera proteger los logros hasta ahora alcanzados sobre el control del tabaco en el país.

- **Impuesto al tabaco**

El Ministerio ha participado activamente en la generación de evidencia sobre la importancia de los impuestos al tabaco como parte de la iniciativa “Impuestos saludables”. Dicha medida establecida en el artículo 6 del Convenio Marco para el control del tabaco de la OMS y reconocida como la más costo-efectiva para reducir el consumo de tabaco en la población, cuenta con una doble dimensión conceptual, por un lado un componente de salud pública al reconocer que el aumento de los impuestos tiene un impacto sobre el consumo de dichos productos especialmente en población joven y económicamente vulnerable; y por otro lado, un componente fiscal que representa un aumento en los recaudos por este concepto.

La propuesta de Ley 166 de 2019 propone un aumento del componente específico del Impuesto Selectivo al Consumo (ISC) de \$2.253 a \$6.000 en 2020 sobre cigarrillos, tabacos, cigarros y columnas de tabaco para calentar y de \$167 a \$500 por gramo de picadura, rape o chimú, mientras el componente *ad valorem* seguiría igual. Esto podría tener un efecto significativo en reducir su consumo y retrasar el inicio del consumo en los niños y jóvenes.

Sin embargo, hace falta aclarar la necesidad cómo estos gravámenes van a aplicarse a los Productos de Tabaco Calentado, SEAN y SESN. Se necesitaría especificar si la tasa *ad valorem* del ISC se aplicará sólo a las recargas de los Productos de Tabaco Calentado y SEAN o SESN con dispositivos abiertos, o si se aplicara también a los dispositivos.

1.12.4 Cáncer

Se avanza en la regulación de precios a los medicamentos oncológicos, logrando una reducción de su precio en un 36%. Se está definiendo un mecanismo de compensación *ex post*, como una estrategia para reconocer la gestión del riesgo de las EAPB, frente a la atención integral del cáncer. Adicionalmente se trabajó en la estrategia de seguimiento a cáncer y cáncer infantil y en definición de la estrategia de atención integral que involucra la vacunación contra el VPH.

Se debe definir el proceso operativo sobre el control de calidad de las pruebas de tamizaje en Cáncer en cabeza del Instituto Nacional de Cancerología; aumentar las coberturas de vacunación contra VPH a través de la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) promoción y mantenimiento y de la estrategia de atención integral en salud en infancia y adolescencia que se gestiona conjuntamente con el Ministerio de Educación.

1.13 POLÍTICA DE SALUD MENTAL Y POLÍTICA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS-SPA

La formulación de la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) es orientadora de la acción de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019). Se dio el lanzamiento de la política en el territorio nacional desarrollando once (11) lanzamientos regionales y un (1) Encuentro Nacional de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, en el cual se lograron insumos para la construcción de los planes de acción territoriales.

Adicionalmente se desarrollaron los lineamientos técnicos para la ruta integral de atención para personas con riesgos en salud mental, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas (pendiente de consulta pública). Además, el “Lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas” en el marco del SISPI, en articulación con la Política nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Se elaboró el documento borrador de acto administrativo que adopta el lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención para personas con riesgos en salud mental, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas.

Se expidió el CONPES Salud Mental 3292, el cual fortalece las acciones en la salud mental en nuestro país. Resultado de las lecciones aprendidas en las últimas décadas, aborda salud mental, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas y violencias. Se lograron acciones de concertación con 14 entidades nacionales (ministerios e institutos) acordar objetivos comunes, acciones concretas, indicadores de seguimiento e hitos de gestión, con una inversión estimada en más de \$1,1 billones.

1.13.1 Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA)

Se avanza en el cumplimiento compromisos de los acuerdos de paz, Punto 4. “Solución al Problema de las Drogas Ilícitas” e ítem 4.2. “Programas de

Prevención del Consumo y Salud Pública”. A continuación, se describen los avances en cada compromiso:

- **Adopción y socialización de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.**

Se logra el acompañamiento del 78,1% de las entidades territoriales de (25 secretarías), en el cual se identifican los insumos para la construcción de los planes de acción de la política a nivel territorial definiendo las acciones, metas e indicadores, en el pilar 1 correspondiente a sector salud (reducción el consumo el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto) de la Ruta Futuro del Ministerio de Justicia y el Derecho, para a formulación de los planes territoriales de drogas.

- **Programa Nacional de Intervención Integral frente al consumo de drogas ilícitas, como una instancia de alto nivel.**

Se genera proyecto de decreto para la creación de la Alta Instancia para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Se adelanta la metodología para realizar convocatorias de mesas técnicas con los profesionales asignados por parte de los despachos de los Ministerios que harán parte del precitado mecanismo.

- **Atención a personas que consumen sustancias psicoactivas.**

Durante el 2019 se atendieron 77.440 personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas; esto supera la meta establecida de personas a atender (se registra un cumplimiento del 142,1%), el cual tiene un comportamiento diferente al desagregar por sexo de la siguiente manera: 23.717 mujeres (31%) y 53.425 hombres (69%). Complementario a lo anterior se realizaron acciones de desarrollo de capacidades al talento humano en salud frente a la metodología del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OMS, mhGAP (por sus siglas en inglés) y de Unidad de Tratamiento Continuado-UTC.

- **Gestión de conocimiento y desarrollo de herramientas e instrumentos de atención a personas que consumen sustancias psicoactivas.**

El Ministerio elaboró las siguientes guías y documentos de política:

- ✓ Guía técnica para la implementación a través de hitos de la Política Nacional de Salud Mental 2018 y la Política Integral de Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2019.

- ✓ Borrador guía para la incidencia estratégica en la inclusión de la política nacional de salud mental, 2018 y la Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2019; en la planeación territorial 2020–2023.
- ✓ Borrador de acto administrativo por medio del cual se adopta la Ruta Integral de Atención para personas con Riesgos en Salud Mental, Epilepsia, y Consumo de Sustancias Psicoactivas.
- ✓ Lineamiento de la Ruta Integral de Atención para personas con Riesgos en Salud Mental, Epilepsia y Consumo de Sustancias Psicoactivas.
- ✓ Ruta y diagrama de capas de la Ruta Integral de Atención para personas con Riesgos en Salud Mental, Epilepsia y Consumo de Sustancias Psicoactivas.
- ✓ Borrador de acto administrativo (decreto) por medio del cual se adopta el Programa nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, como instancia de alto nivel.

1.14 DESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMÁTICOS-DEA

A través del Decreto 1465 de 2019 se reglamentó la Ley 1831 de 2017. Esta norma busca salvar vidas con la atención oportuna de emergencias cardiovasculares. Reglamenta la disponibilidad de los DEA en ambulancias y lugares de alta afluencia de público.

1.15 LEY DE TAMIZAJE NEONATAL (LEY 1980 DE 2019)

De la mano del Congreso se logró la aprobación de la Ley 1980 de 2019, que tiene por objeto regular y ampliar la práctica del tamizaje neonatal en Colombia mediante la detección temprana de enfermedades. Con esta norma se pretenden llevar acciones como tomas de muestras de sangre del cordón umbilical o del talón a los niños recién nacidos para detectar tempranamente los errores congénitos del metabolismo y enfermedades que puedan deteriorar la calidad de vida de los niños y dejar secuelas futuras. Esta nueva norma permite que cerca de 700 mil niños que en promedio nacen cada año en el país, se beneficien de la aplicación de siete (7) pruebas que se realizan para identificar de manera temprana un número igual de enfermedades discapacitantes. Son pruebas que, a partir de análisis de sangre, permiten detectar hipotiroidismo congénito, trastorno de hiperplasia suprarrenal congénita, fenilcetonuria, galactosemia, fibrosis quística, hemoglobinopatías y

déficit de biotinidasa, además de buscar la existencia de ceguera y sordera en los recién nacidos.

Se adelanta la Propuesta de Resolución del Programa Nacional de Tamizaje, donde se establecen cuatro (4) líneas:

- Endocrino–metabólico (hipotiroidismo congénito).
- Visual.
- Auditivo.
- Cardiopatía congénita compleja.

El Ministerio está elaborando el acto administrativo que reglamente la ley, definir las patologías para ser incorporadas en el programa de tamizaje neonatal y gestionar las fuentes de información para el seguimiento del programa de tamizaje neonatal.

1.16 ENFERMEDADES HUÉRFANAS

Para el Ministerio, la atención oportuna y con calidad de las personas con Enfermedades Huérfanas y sus familias es una prioridad. En ese sentido ha optimizado la clasificación nacional y la vigilancia epidemiológica, ha generado un modelo de gestión y ha llegado a acuerdos con los actores del sistema para la adecuada inversión de los recursos de manera que se garantice el goce efectivo del derecho a la salud de estas personas. En este sentido se generó la propuesta del **Modelo de Gestión para la atención integral en salud de las personas con enfermedades huérfanas**, en proceso de validación interna.

Frente al **registro de pacientes y codificación de Enfermedades Huérfanas**, se optimiza el registro nacional de la población con diagnóstico de enfermedades huérfanas y la actualización periódica del listado oficial de las enfermedades huérfanas reconocidas en el país. Este año se realizará una **nueva actualización del listado** con participación de las sociedades científicas y la sociedad civil y expertos internacionales del Hospital Bambino Gesù de Roma, Italia (Centro de referencia en Europa para este tema).

En el proceso de **participación social y comunitaria**, el cual tiene como fin el trabajo colaborativo para llegar a mejores resultados y logros en beneficio de las personas con diagnósticos de enfermedades huérfanas, se consolidó una mesa en la que participan las sociedades científicas y la sociedad civil para apoyar la gestión adecuada de la atención en salud para este grupo poblacional.

1.17 INSTRUMENTOS NORMATIVOS SOBRE MUERTE DIGNA

Obedeciendo las órdenes de la Corte Constitucional: Sentencia T-423 de 2017, Sentencia T-544/17 y Sentencia T-423 de 2017, se proyectó la Ley sobre Muerte Digna, la Resolución de Derechos del Paciente y la Resolución para el sistema de reporte de solicitudes de Eutanasia, respectivamente. Se espera tramitar el proyecto de ley y consultar formas de modificación a Resolución 1216 de 2015, en torno al consentimiento sustituto (Sentencia T-721 de 2017).

1.18 SALUD NUTRICIONAL, ALIMENTOS Y BEBIDAS

1.18.1 Cárnicos

Se buscó la unificación de los criterios para la emisión del concepto sanitario por parte de las entidades territoriales de salud en los eslabones de expendio, almacenamiento y transporte de la carne y productos cárnicos.

En este sentido, a través de la mesa de carne de la Comisión Intersectorial de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias, se ajustaron los criterios establecidos para las plantas de autoconsumo, soportado en la verificación de las condiciones sanitarias, la especie animal, la población a abastecer y los lineamientos que estableció el INVIMA, que permiten determinar el volumen de sacrificio y el destino de la carne y productos cárnicos comestibles. También establece los criterios para la reclasificación de plantas de beneficio a partir de estos lineamientos de acuerdo al enfoque de riesgo, así mismo se estableció la ampliación del plazo para la obtención de la autorización sanitaria provisional por un término de 24 meses contados a partir de la fecha de publicación de los lineamientos expedidos por el INVIMA.

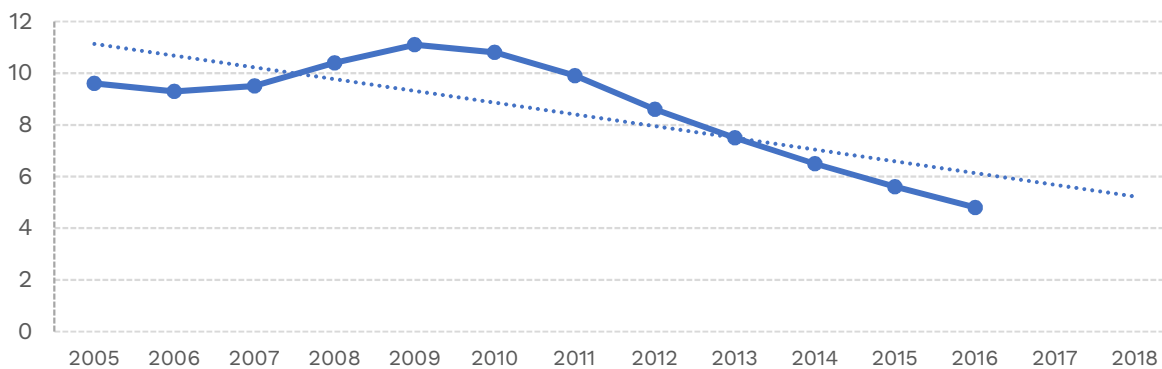
Todo lo anterior, se dio con la expedición del **Decreto 1975 de 2019** “Por el cual se adoptan medidas en salud pública en relación con las plantas de beneficio animal, de desposte y de desprese, y se dictan otras disposiciones”, el cual se firmó el 29 de octubre de 2019.

1.18.2 Desnutrición

Desde agosto del 2018, este Ministerio ejerce la presidencia de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional–CISAN, en la cual se ha gestionado, el Proyecto de Ley que crea el Sistema para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación (SGPDA): compromiso del Plan Nacional de Desarrollo y del Plan Marco de Implementación del acuerdo de paz; cuyo objetivo es establecer mecanismos de articulación, coordinación y gestión para la garantía progresiva del Derecho Humano a la Alimentación entre las entidades del orden nacional, departamental y territorial; define principios y enfoques que rigen las instancias del SGPDA.

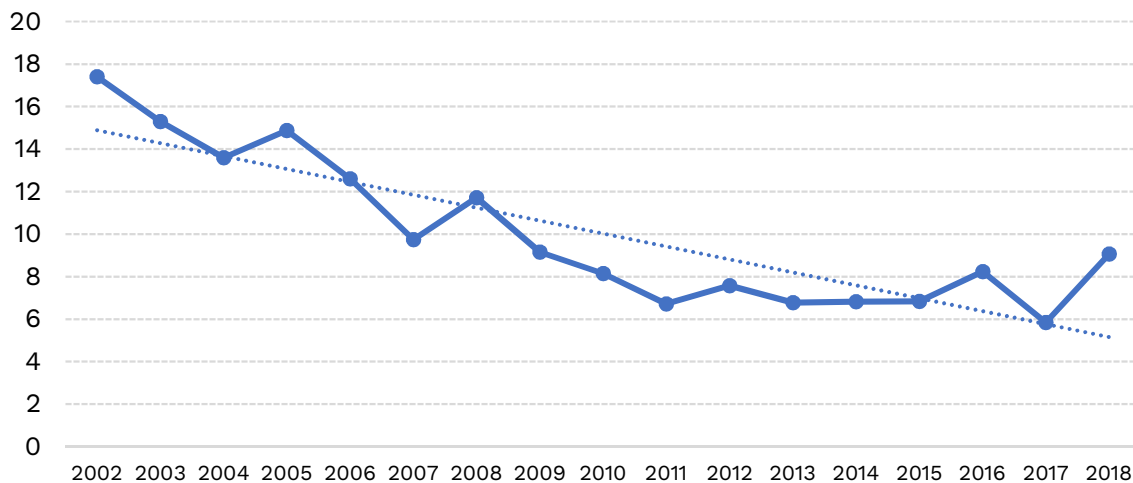
A continuación, se ilustran los indicadores de subalimentación de la población general y desnutrición en niños en Colombia.

Ilustración 22. Prevalencia de subalimentación. 2005 - 2016



Fuente: FAO 2019

Ilustración 23. Tasa de mortalidad infantil por desnutrición en menores de cinco (5) años (por cada 100 mil menores de cinco años). 2002-2018



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (EEVV-DANE)

Bajo este marco, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Instituto Nacional de Salud–INS y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar–ICBF diseñaron el Plan Nacional de Trabajo Contra la Desnutrición en el marco de la Gran Alianza por la Nutrición, el cual tiene como objetivo principal disminuir la mortalidad por y asociada a desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años. El Plan cuenta con 5 líneas estratégicas:

- Fortalecer la identificación de niños y niñas con desnutrición.
- Fortalecer la captación y atención oportuna de niños y niñas con desnutrición.
- Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades para fortalecer la atención.
- Mejorar seguimiento a casos, asegurar recuperación y evitar recaídas.
- Asegurar acuerdos intersectoriales y de cooperación.

La meta propuesta al iniciar el 2019 fue la de reducir en un 5% la notificación de mortalidad por y asociada a desnutrición. Como resultado durante el 2019 se logró una reducción del 8% con respecto al mismo periodo del año 2018 y en los primeros siete territorios priorizados la reducción en la notificación fue del 19%. Para la semana epidemiológica 19 del 2020, en los 11 territorios priorizados se reporta una reducción del 37,5% en la notificación, sin embargo, departamentos como La Guajira han reportado un incremento significativo al pasar de 14 a 23 casos en el mismo periodo.

Mediante la Resolución 205 del 2020, por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo de pago a la Unidad de Pago por Capacitación-UPC y no excluidos de la financiación con recursos del sistema general de seguridad social en salud-SGGSSS, y se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo, están incluidos los Alimentos de Propósito Médico Especial-APMES, en los cuales está incluida la fórmula para el tratamiento de la desnutrición aguda, de esta manera se asegura que las administradores y prestadores del servicio de salud cuentan con los recursos para su financiamiento y entrega a la población menor de cinco que la requiera.

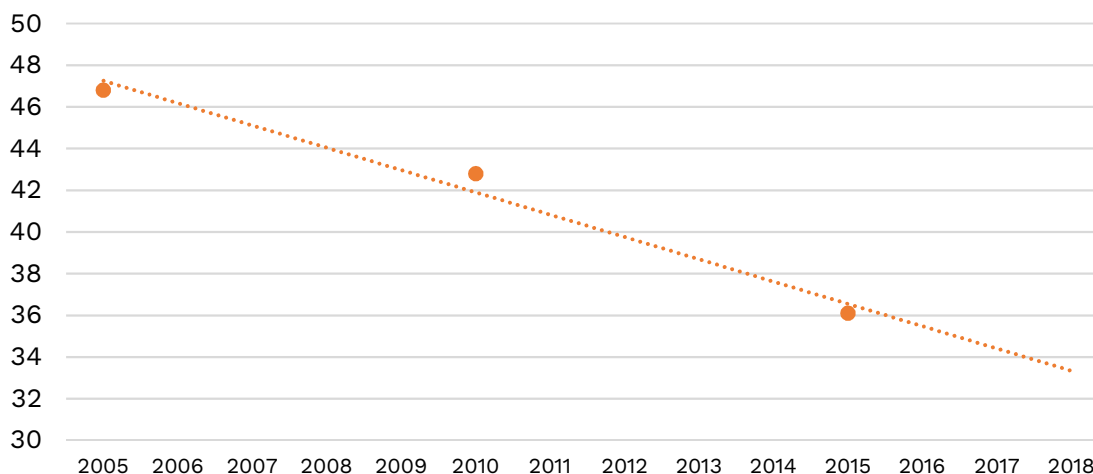
Durante el 2020 se han expedido los lineamientos para dar continuidad a la implementación de la atención de los niños con diagnóstico de desnutrición aguda moderada y severa en el contexto de la epidemia de COVID-19 en Colombia.

De manera simultánea es necesario avanzar en la expedición de la resolución por medio la cual se actualizan los lineamientos para la atención de niños y niñas con desnutrición aguda, la cual surtió consulta pública nacional en marzo de 2020 y de manera intersectorial continuar avanzando en la CISAN para

posicionar las acciones intersectoriales que incluyen acceso al agua y los alimentos a las comunidades con mayor vulnerabilidad, con el fin de impactar positivamente los determinantes sociales de la desnutrición infantil y de esta manera lograr resultados en el mediano y largo plazo.

Según la situación descrita en la siguiente lustración, la estrategia de Bancos de Leche Humana (BLH) tiene el propósito de promover, fomentar y apoyar la lactancia materna como práctica fundamental para la salud de los niños y las familias colombianas. Así como garantizar la salud de niños y niñas prematuros a través del beneficio de leche humana pasteurizada en el ámbito institucional como la mejor opción de atención y manejo en los niños prematuros, de bajo peso al nacer o con otras condiciones que la requieran.

Ilustración 24. Porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses



Fuente: Minsalud con base en la ENSIN 2005-2015

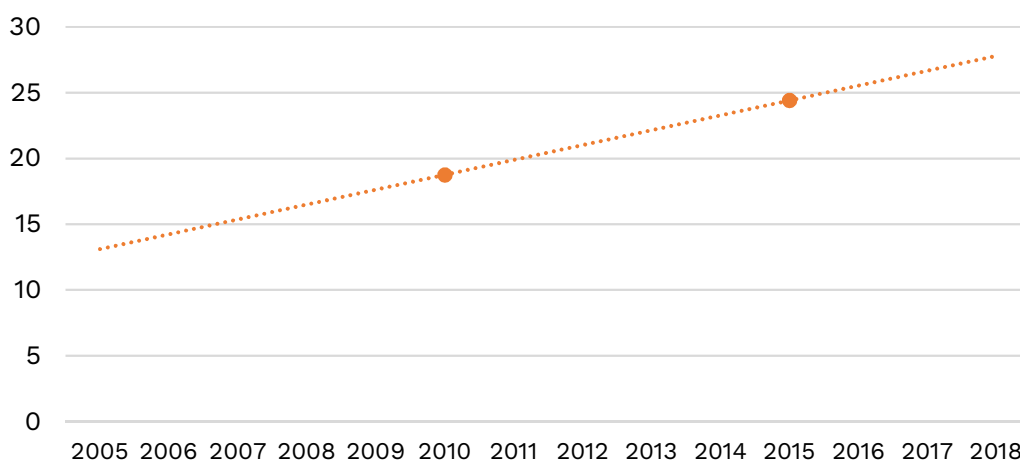
A la fecha el país cuenta con 15 Bancos de Leche Humana (BLH), de los cuales 13 se encuentran procesando leche humana y dos en etapa de alistamiento. Durante 2019, en los 15 BLH se atendieron 22.394 madres, estableciendo un aumento frente a las 11.244 que se registraron en 2018. Se recolectaron 8.941 litros de leche humana que beneficiaron a 24.077 recién nacidos, de éstos, 19.960 recibieron leche de su propia mamá, mientras que los restantes 4.117 recibieron leche donada y procesada en los BLH en funcionamiento.

Con la expedición de la Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación, se cuenta con una intervención nueva para niños durante el primer mes de edad, atención denominada valoración, promoción y apoyo de la

lactancia materna. Teniendo en cuenta lo anterior, la consejería en lactancia es una apuesta para fortalecer la práctica de lactancia materna en las instituciones de salud.

El exceso de peso en escolares ha aumentado en Colombia según se describe en la siguiente ilustración. Bajo este referente, se inició en el 2019, el Análisis de Impacto Normativo–AIN para etiquetado de alimentos, dando cumplimiento a los requisitos establecidos en el Decreto 1595 de 2015, el cual recoge la definición del problema, objetivos, definición de alternativas de solución, impactos esperados, evaluación de impactos económicos, análisis de costo-beneficio o de costo-efectividad. Para su construcción se contó con la participación de los actores implicados en la posible regulación. La versión final fue sometida a consulta pública en marzo del año en curso.

Ilustración 25. Proporción de exceso de peso en escolares



De manera paralela, se dio inicio a la estructuración del proyecto normativo que modifica la Resolución 333 del 2012, el cual fue socializado con el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, la Consejería Presidencial para la Competitividad y Gestión de Alianzas Público Privadas, representantes de la industria de alimentos y sociedad civil.

Durante febrero se socializó las directrices frente al etiquetado nutricional, producto del diálogo sostenido por un lado con sociedad civil y academia, y por otro con la industria, las cuales buscan propender porque la información nutricional que está en la etiqueta se presente de forma clara y comprensible para el consumidor, evoluciona el marco normativo actual, pasando de acciones voluntarias a obligatorias, teniendo en cuenta que el etiquetado es un instrumento de salud pública y no el fin de acciones que buscan promover la salud.

Se rediseñó la tabla nutricional haciéndola más simple, así como incrementando su tamaño para facilitar la lectura de ésta, en la cual se presenta el contenido de nutrientes por 100 gramos o 100 mililitros y por porción. Se resaltan ítems que son de interés en salud pública (calorías, grasas, azúcares adicionados y sodio) y el reporte vitaminas y minerales que son deficientes en la población colombiana (vitamina A y D, hierro y zinc). Se establecen criterios para el uso de declaraciones en salud y nutricionales, así como criterios de fortificación y la adopción de las recomendaciones de ingesta y energía de nutrientes para la población colombiana en lo que concierne a etiquetado. Finalmente, se implementarán estas disposiciones una vez se expida la resolución en un tiempo aproximado de 18 meses para que la industria realice los ajustes pertinentes.

Por otra parte, se destacan las siguientes acciones en alimentación escolar:

- ✓ Construcción intersectorial (MSPS, MEN, ICBF, Secretaría Distrital de Integración Social entre otros) del lineamiento para la adquisición y preparación de alimentos Saludables y su implementación en los procesos contractuales de los programas de asistencia alimentaria a cargo del estado. El objetivo es que los beneficiarios de los programas de apoyo alimentario, puedan acceder a una alimentación saludable que promueva la salud y prevenga la aparición de enfermedades no transmisibles.
- ✓ Construcción de la herramienta para implementación del lineamiento de promoción de la alimentación saludable en el Programa de Alimentación escolar, diseño de plan y cronograma de ejecución en las 96 ETC como parte de la iniciativa Colombia Vive Saludable.
- ✓ Acompañamiento técnico al Ministerio de Educación Nacional- Subdirección de Permanencia - Programa de Alimentación PAE para validar en 17 Entidades Territoriales Certificadas-ETC la herramienta diseñada por el MSPS, para evaluar los procesos de adquisición y preparación de alimentos saludables en el Programa de Alimentación Escolar-PAE.
- ✓ Ajuste de la herramienta y retroalimentación de las prácticas en la adquisición y preparación de alimentos adoptadas por 17 ETC: Bogotá, Bucaramanga, Caldas, Casanare, Cúcuta, Guainía, Guajira, Magdalena, Maicao, Nariño, Neiva, Quibdó, Riohacha, Tuluá, Uribe, Valle del Cauca y Vichada.
- ✓ En el marco de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional-CISAN, se trabajó, en conjunto con el Ministerio de Educación Nacional, un documento que orientara las acciones para promover la alimentación saludable en las tiendas escolares, a fin de que pueda servir como insumo técnico para la reglamentación y restricción de alimentos procesados y ultraprocesados con excesivo contenido de sodio, azúcares, grasas saturadas y trans. Adicionalmente, esta cartera acompañó al mencionado Ministerio en la primera versión del acto administrativo.

1.19 INTERVENCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE)

Se desarrolló una propuesta de resolución para la atención integral en salud de la IVE, recibiendo un volumen importante de comentarios, por lo cual se realizó convocatoria de 14 mesas de trabajo entre noviembre 14 de 2019 y 27 de enero de 2020 con representantes de organizaciones de la sociedad civil, instituciones prestadoras de servicios, facultades de medicina o derecho y asociaciones de profesionales. Se pidió nuevo plazo para expedición de la reglamentación, sin que a la fecha se cuente con el pronunciamiento de la honorable Corte Constitucional frente al plazo solicitado.

1.20 SALUD AMBIENTAL

1.20.1 Seguridad Vial

Se dio la suscripción de dos pactos intersectoriales: “Por la Seguridad Vial en Colombia” por parte del Ministerio de Transporte, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV) y el Comité Empresarial de Seguridad; y el “Pacto por la seguridad vial de los niños, las niñas y los adolescentes en las vías de nuestro país”, por parte de Ministerio de Transporte, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Protección Social y DNP.

Complementario a lo anterior y como resultado de la gestión por parte del Ministerio, se logró que la Fundación Bloomberg extienda la cooperación al país por 2 años más, enfocado principalmente a: fortalecer el uso de datos en la estrategia de Movilidad Saludable Segura Sostenible, monitoreo del evento de incidentes de tránsito a través de fuentes secundarias y análisis de la información a nivel nacional, análisis de la información a nivel departamental/municipal priorizados, evaluación de opciones de las política y comunicación de los datos de seguridad vial en medios masivos.

Se expidió la Resolución 311 de 2020 que modifica la Resolución 3823 de 2016- Actualización del Sistema de Información de Reporte de Atenciones en Salud (SIRAS) para monitoreo de los lesionados en incidentes de tránsito. El liderazgo del proceso corresponde al Viceministerio de Protección Social.

En el marco de FISEVI 2020 (Foro Internacional De Seguridad Vial Infantil), desde el Ministerio, con el apoyo de OPS-Colombia, la fundación Gonzalo Rodríguez y la ANSV se está organizando un taller dirigido a personal de la salud en sistemas de retención infantil; se cuenta con UNA propuesta preliminar. El taller estaba planeado a realizarse en el mes de junio, sin embargo, ante la situación actual de emergencia sanitaria se debió postergar la fecha, la cual está pendiente de confirmación en función de la evolución de la emergencia.

1.20.2 Mercurio

Se realizó la consolidación del documento de instrucciones para la participación de la Delegación Nacional en la Reunión Regional Preparatoria y la Tercera Conferencia de las Partes (COP3) del Convenio de Minamata sobre mercurio.

En conjunto con los ministerios de Minas y Ambiente y Desarrollo Sostenible, se realizó el lanzamiento y taller de inicio del proyecto GEF-GOLD “Gestión Integrada del Mercurio de la Pequeña Minería y Minería de Subsistencia en Colombia” y se desarrolló el seminario “Políticas y estrategias para la reducción del uso de productos con mercurio en el sector salud con énfasis en amalgama dental en el marco del Convenio de Minamata”, con la participación de los agentes del sistema (IPS, Academia y agremiaciones profesionales).

Adicionalmente, este Ministerio ha estado vinculado en la elaboración de protocolos y seguimiento técnico de proyectos de investigación asociados a los posibles impactos en salud por exposición a mercurio, así:

- **Estudio “Posibles impactos en salud sobre la comunidad indígena AWÁ por actividades de minería ilegal y aspersiones con glifosato”**. Realizado en el marco del cumplimiento a las medidas cautelares de protección sobre la comunidad indígena Awá del Resguardo Hojal La Turbia, el cual fue terminado y presentado a las partes interesadas. En 2019 se realizó la entrega del documento final del estudio al Juzgado Tercero Civil del Circuito de Pasto, al IDSN y a UNIPA (Unidad Indígena para el Pueblo Awá).
- **Estudio “Evaluación de los efectos en la salud en la población vulnerable del territorio colectivo Zanjón de Garrapatero expuesta a vertimientos contaminantes por explotación minera”**. Proyecto en ejecución por parte de la Universidad de Cartagena, en el marco del cumplimiento a las medidas cautelares de protección sobre la comunidad del territorio colectivo Zanjón de Garrapatero–Cauca. Auto Interlocutorio No. 022 de 2018. El MSPS ha brindado un acompañamiento técnico permanente a la ejecución del estudio, conformando, junto con Colciencias, el comité técnico de seguimiento, el cual

cumple labores de apoyo técnico-metodológico-científico del programa. En este comité se busca atender, dar respuesta, sugerir y señalar soluciones u observaciones a las dificultades, consultas, procesos y/o resultados que presente el Proyecto durante su ejecución.

- **Estudio “Evaluación de los efectos en salud de la población vulnerable del territorio colectivo Aires de Garrapatero, cuenca del Río Cauca y Microcuenca del Río Teta Mazamorrero-expuesta a vertimientos contaminantes por explotación minera”.** El MSPS realizó todas las acciones pertinentes para la consecución de los recursos que financiaran el estudio mencionado; en el primer semestre del año 2019, se logró dicha financiación con recursos del Fondo de Investigación en Salud (FIS).

El MSPS realizó el protocolo de estudio en el marco al cumplimiento de las medidas cautelares de protección sobre la comunidad del territorio colectivo Aires de Garrapatero, Cuenca del Río Cauca y Microcuenca del Río Teta Mazamorrero–Cauca. Auto 275 de 2018 y 050 de 2019. El MSPS realizó la construcción de los términos de referencia en formatos Colciencias para la "Invitación a presentar proyectos de CTel en salud Ambiental relacionados con la actividad minera"; dicha invitación permitió elegir a la entidad ejecutora del estudio. El MSPS realizará el acompañamiento técnico continuo al grupo de investigación elegido para el desarrollo del proyecto; adicionalmente, asistirá a las sesiones del comité técnico de seguimiento que sea creado con la firma del contrato.

- **Estudio “Evaluación del grado de contaminación por mercurio y otras sustancias tóxicas, y su afectación en la salud humana en las poblaciones de la cuenca del río Atrato, como consecuencia de las actividades de minería”.** Se inició la ejecución del estudio por parte de la Universidad de Córdoba en el marco del cumplimiento a la orden octava de la Sentencia T622 Río Atrato.

El MSPS ha brindado un acompañamiento técnico permanente a la ejecución del estudio, conformando, junto con el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Humboldt, la Universidad de Antioquia, la Universidad de Cartagena, el Instituto de Investigaciones Ambientales del Pacífico y WWF Colombia, el comité técnico de seguimiento, el cual cumple labores de apoyo técnico-metodológico-científico del programa. En este comité se busca atender, dar respuesta, sugerir y señalar soluciones u observaciones a las dificultades, consultas, procesos y/o resultados que presente el proyecto en su ejecución, dando cumplimiento a la cláusula sexta del contrato 849-2018, para lo cual el supervisor directo del contrato (Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación) también convoca como invitados a Codehocó, Corpourabá y Minambiente, pues son accionados en la orden.

1.20.3 Glifosato

En el marco de la Sentencia T-236 de 2017, la Corte Constitucional analizó el Programa de Erradicación de Cultivos Ilícitos por Aspersion Aérea con Glifosato-PECIG y se desarrolla lo siguiente:

Revisión y entrega al Instituto Nacional de Salud-INS del proceso de análisis de riesgos, con énfasis en la evaluación que permita definir el nivel de riesgo que para la salud humana representa el uso de una sustancia para los cultivos de uso ilícito. Así mismo, se realizó la planeación y gestión de recursos para segunda fase del proceso en la vigencia 2020.

1.20.4 Prohibición del uso del asbesto (Ley 1968 de 2019):

Se realizó la gestión para la promulgación de la Ley 1968 de 2019 “Por la cual se prohíbe el uso de asbesto en el territorio nacional y se establecen garantías de protección a la salud de los colombianos”; participando activamente en las reuniones de la mesa de trabajo para adelantar la Política Pública para Sustitución de Asbesto Instalado (Art.3) Ley 1968 de 2019. Así mismo se está elaborando la Ruta Integral de Atención, con los siguientes avances:

- Conformación del equipo técnico desarrollador de la Ruta Integral de Atención-RIA para las personas expuestas al asbesto, el cual fue formalizado a través de acta el 30 de septiembre de 2019.
- Contratación de IETS para el desarrollo de la ruta integral para la atención de las personas expuestas al asbesto.
- Documento preliminar de análisis de situación de la problemática relacionada con el asbesto en Colombia y caracterización del grupo de riesgo o eventos relacionados con la exposición al asbesto.
- Documento preliminar con la definición y descripción de las intervenciones individuales (con cargo a los planes de beneficios), intervenciones colectivas e intervenciones de gestión de salud pública que harán parte de la RIA para las personas expuestas al asbesto.
- Documento preliminar de la expresión gráfica de la RIA para las personas expuestas al asbesto, con la identificación de posibles entradas a las intervenciones, momentos de decisión y acciones del cuidado para la salud.

Complementario a lo anterior y con ocasión de la ley, en agosto de 2019 se oficializa el Plan de Acción para el Municipio de Sibaté (Cundinamarca), en tres

líneas operativas: promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud pública.

1.20.5 Aire y Salud

73

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), desarrolla la hoja de ruta del Programa de Calidad del Aire, la cual busca “reducir los efectos adversos a la salud por la contaminación del aire en las Américas” e incidir así en doble vía al incluir la calidad del aire en los programas de salud y salud en la gestión de la calidad del aire, a partir de líneas de acción correspondientes a: a) ampliar la base de conocimiento, b) apoyar el seguimiento y presentación de informes, c) reforzar el liderazgo y coordinación, y d) fortalecer capacidades institucionales.

En este contexto, se realizó entre el 9 al 11 de septiembre de 2019 en Bogotá, el Taller de Vigilancia Ambiental de Salud Pública en las Américas: contaminación del aire, a fin de definir el alcance, estructura y contenidos de un documento de orientación práctica para la vigilancia de la salud pública ambiental relacionada con la calidad del aire, con base en la discusión de expertos en sistemas de vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria, y profesionales de servicios públicos y académicos, de Brasil, Chile, México y Colombia, principalmente de los sectores de salud y ambiente.

El taller permitió el intercambio de experiencias y centró la discusión en tres ejes principales: marco conceptual, definición de indicadores y contenido del documento; posterior al taller, desde la Subdirección de Salud Ambiental del MSPS se ha logrado la participación activa en la construcción del documento final, así como en la revisión de los indicadores seleccionados para la región de las Américas.

1.20.6 Agua

Desde la mesa de agua de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial de Salud Ambiental-CONASA como el espacio permanente de articulación entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Ministerio de Minas y Energía, el Instituto Nacional de Salud-INS, el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales-IDEAM, Servicio Nacional de Aprendizaje-SENA, y la Superintendencia de Servicios Públicos, se realizan acciones coordinadas en los territorios que presentan mayores niveles de riesgo de la

calidad del agua, teniendo en cuenta las acciones que beneficien la Disponibilidad, Acceso y Calidad del Agua.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de sus competencias y mediante participación activa en los comités técnicos y sesiones de la Comisión de Regulación de Agua Potable y Saneamiento Básico–CRA, se ha pronunciado sobre los proyectos regulatorios de carácter general que buscan la afectación positiva de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo, los cuales son considerados como determinantes estructurales de la salud: seguridad alimentaria (componente de inocuidad y consumo de agua potable); prevención de enfermedades relacionadas con agua, como la Enfermedad Diarreica Aguda–EDA y parasitismo intestinal, especialmente en menores de 5 años; y, reducción de la deserción escolar y en general mejoramiento de la calidad de vida.

Finalmente, se emite la Resolución 622 de 2020 entre Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio “Por la cual se adopta el protocolo de inspección, vigilancia y control de la calidad del agua para consumo humano suministrada por personas prestadoras del servicio público domiciliario de acueducto en zona rural y se dictan otras disposiciones”.

1.20.7 Yacimientos No Convencionales-YNC

Se efectuó la participación del Ministerio de Salud y Protección Social en la socialización del informe denominado “Informe sobre efectos ambientales (bióticos, físicos y sociales) y económicos de la exploración de hidrocarburos en áreas con posible despliegue de técnicas de fracturamiento hidráulico de roca generadora mediante perforación horizontal”, elaborado por la Comisión Interdisciplinaria Independiente, conformada por un grupo de académicos y expertos en varias áreas relevantes del conocimiento, la cual fue convocada por el gobierno nacional y cuyas recomendaciones han sido tenidas en cuenta para tomar decisiones políticas referidas al aprovechamiento del potencial geológico de recursos no convencionales.

Se identificaron algunas necesidades de intervención del sector salud, razón por la cual se ha participado activamente en todos los espacios de trabajo convocados por el gobierno nacional, producto de los cuales se expidió el Decreto No. 328 del 28 de febrero de 2020 "Por el cual se fijan lineamientos para adelantar Proyectos Piloto de Investigación Integral - PPII sobre Yacimientos No Convencionales–YNC de hidrocarburos con la utilización de la técnica de Fracturamiento Hidráulico Multietapa con Perforación Horizontal-FH-PH, y se dictan otras disposiciones”.

1.21 GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

1.21.1 Recursos de salud pública

Con corte a diciembre de 2019, los departamentos y distritos presentaron un presupuesto definitivo de \$965.317,5 millones en la subcuenta de salud pública colectiva, de los cuales se comprometieron \$858.018,7 millones correspondientes al 88,9%, realizando pagos por \$716.575,5 millones correspondientes al 74,2%. La ejecución por compromisos de los recursos de la subcuenta de salud pública colectiva en los últimos cuatro años ha presentado un incremento significativo ya que pasó del 80% en el 2016 a un 88,9% en la vigencia 2019.

En complemento a lo anterior, los departamentos y distritos presentaron recursos sin comprometer en la subcuenta de salud pública colectiva por \$107.298,8 millones, para el caso de los municipios fue de \$78.837 millones, los cuales, de acuerdo al Decreto 538 de 2020 (artículo 22) podrán ser utilizados en acciones de Salud Pública dirigidos a la atención de la emergencia por el coronavirus COVID-19.

Por lo anterior, de acuerdo a lo reportado en el Sistema CHIP-Formulario Único Territorial (FUT) con corte a diciembre de 2019, se evidenció que 68% (25) de las entidades departamentales y distritales presentaron un rango de gestión calificado como bueno, 30% (11) como regular y sólo una entidad calificada como deficiente.

Para el 2020²⁴, el presupuesto definitivo de la subcuenta de salud pública colectiva, asignado a las entidades territoriales es de \$1.010.807,9 millones y los recursos comprometidos a la misma fecha son \$177.663,4 millones, que equivale a 18% del total de los recursos, de los cuales solo 11 entidades territoriales han comprometido más del 25% de los recursos, 8 entre 20 y 24% y 18 menos del 20%.

1.21.2 Plan de Intervenciones Colectivas y la Gestión de la Salud Pública

²⁴ Formulario Único Territorial (FUT), consulta realizada el 19 de mayo de 2020.

A través de desarrollo de capacidades a las entidades territoriales de salud se logra la contratación oportuna del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC y la Gestión de la Salud Pública en el ámbito territorial. Al finalizar la vigencia 2019, 94,6% de las entidades territoriales de salud habían contratado el Plan de Intervenciones Colectivas. Solo Santa Marta y San Andrés no lograron hacerlo, razón por la cual se informó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y se solicitó la aplicación de la medida correctiva prevista por la inadecuada gestión de estas entidades territoriales.

A la fecha de la elaboración de este informe, para la vigencia 2020 han reportado el proceso de contratación 25 de las 37 entidades del orden departamental/distrital. En consonancia con lo anterior, con el propósito de afinar el monitoreo y el seguimiento integral a la gestión en salud pública que deben hacer las entidades territoriales de salud y al gasto de los recursos del Sistema General de Participaciones (Decreto 028 de 2008), se actualizaron los indicadores que dan cuenta de la clasificación del riesgo en que se encuentran cada entidad territorial y se elaboró el informe correspondiente a la vigencia 2019 para ponerla en conocimiento del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, quien toma las medidas preventivas o correctivas correspondientes, con el fin de asegurar el cumplimiento de las metas de continuidad, cobertura y calidad en los servicios de gestión de la salud pública por parte de las entidades territoriales de salud del orden departamental, distrital y municipal, mediante la utilización de los mencionados recursos.

De este informe se concluye que 32,4% de las entidades del orden departamental y distrital se encuentran en un rango aceptable, es decir han hecho una gestión adecuada en la gestión de la salud pública, 19% se encuentran en un riesgo bajo, 24,3% en riesgo medio y 24,3% en riesgo alto para la gestión de la salud pública según competencias asignadas en la ley 715 de 2001.

Adicionalmente, en la actualidad, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 028 de 2008, con el fin de mitigar y eliminar los hallazgos que en materia de salud pública presentan algunas entidades territoriales, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público ha impuesto medidas preventivas o correctivas a las siguientes entidades:

- La Guajira, medida correctiva asunción de competencias, medida extendida por dos años (2020 y 2021).
- Chocó, medida preventiva de plan de desempeño, medida reformulada y extendida para la vigencia 2020.
- Archipiélago de San Andrés, medida correctiva de suspensión de giros de los recursos del SGP-SP componente de Salud Pública, medida extendida para la vigencia 2020.

1.21.3 Implementación de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud

A través de la Resolución 3513 de 2019 se fijó la cobertura en la implementación de las Intervenciones en progresividad de la Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 0276 de 2019 que deben alcanzar las EAPB en su población afiliada²⁵.

La última autoevaluación sobre la implementación de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud se realizó en febrero de 2019 y fue reportada por 24 entidades territoriales y por 27 EAPB. Los resultados fueron los siguientes: entre las EPS con avance superior al 50% fueron Alianza, Comfamiliar Nariño, Capital Salud, Nueva EPS, Comfenalco Valle, Capresoca, Sura, Savia Salud, Cajacopi y las EPS con avance entre el 36% y 49% fueron Asmet Salud, Ambuq, Ecoopsos, Comfamiliar La Guajira, Emsanar, Coosalud, Cruz Blanca, Medimas, Salud Total, Compensar, Comfamiliar Cartagena–Bolívar, Comfaoriente, Sanitas, EPM, Coomeva, Comparta, Comfamiliar Huila, Comfacundi.

Entre las Entidades Territoriales con desempeño superior al 50% han avanzado en la socialización de las RIAS a todos los actores del territorio; el análisis de barreras y facilitadores; los acuerdos para la gestión de las barreras identificadas y el plan de acción territorial para la implementación de las RIAS.

1.21.4 Plan de Cuidado para la Vida Colectiva de los Pueblos Indígenas

Se logra la revisión, validación y posterior aprobación por parte de la Subcomisión de Salud de Pueblos Indígenas, del documento que contiene la adecuación socio cultural de las intervenciones colectivas en pueblos indígenas e incorporación de acciones propias en salud en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)–modificación de la Resolución 518 de 2015. Con el proceso anterior se podrá facilitar el logro de las dos metas propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2021, relacionadas con el fortalecimiento de las huertas medicinales y de los espacios propios de pueblos indígenas.

²⁵ Para soportar la modificación, se realizó el estudio de cálculo de los costos de las intervenciones incluidas en la progresividad y se diseñó la metodología para el cálculo de las coberturas mínimas anuales que las aseguradoras deben alcanzar en el marco del incremento del valor de la UPC para el 2020.

1.22 ESTUDIOS Y ENCUESTAS DE SALUD

El Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, garantiza el seguimiento de unos estándares y prácticas para asegurar la calidad, comparabilidad y trazabilidad de sus resultados; tener los marcos conceptuales definidos, instrumentos y alcances articulados, optimizando los recursos y mejorando la recopilación de la información. Asimismo, cuenta con una Muestra Maestra en salud que permite una representatividad de la población no sólo nacional sino también departamental, regional, o subregional. Los estudios y encuestas poblacionales priorizados en la Agenda Programática se han ajustado a estos parámetros y su continuidad es un reto institucional que requiere aunar los esfuerzos de los diferentes actores de la salud, otros sectores gubernamentales, la academia, organizaciones sociales y la comunidad.

En 2019 se socializaron los resultados de la primera encuesta de Violencia Contra Niños, Niñas y Adolescentes (EVCNNA).

Ilustración 26. Registro fotográfico presentación de resultados EVCNNA



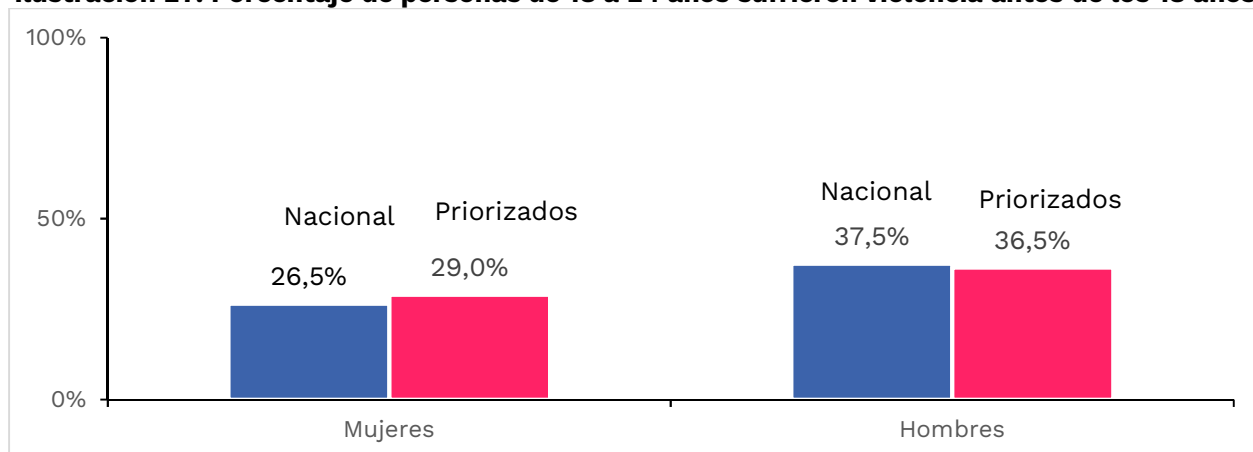
Fuente: MSPS

Esta encuesta es el producto de un trabajo liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo técnico y metodológico de los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), financiación de la Agencia para el Desarrollo de los EE.UU. (USAID) y de *Together for Girls* para el desarrollo de políticas de prevención. La operación de la encuesta estuvo a cargo de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Se dispuso para consulta pública de los diferentes usuarios la EVCNNA, en: <https://www.minsalud.gov.co/RID/informe-vecnna-2018-spa-t.pdf>

Entre los resultados de la EVCNNA se tiene lo siguiente:

- El 26,5% de las mujeres y el 37,5% de los hombres de 18 a 24 años sufrieron violencia antes de los 18 años
- 4 de cada 10 jóvenes sufrieron violencia física
- 2 de cada 10 jóvenes sufrieron violencia psicológica
- 1 a 2 de cada 10 jóvenes sufrieron violencia sexual

Ilustración 27. Porcentaje de personas de 18 a 24 años sufrieron violencia antes de los 18 años



Fuente: MSPS con base en EVCNNA

Por otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social adjudicó a través de un concurso de méritos abierto, la realización de la Fase I de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2020 a Proyectamos Colombia S.A.S., que tiene una inversión de \$1.141,8 millones.

El Ministerio adjudicó a través de un concurso de méritos abierto, la realización de la Fase I de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2020 con una inversión de \$1.049,7 millones.

Se dio inicio al desarrollo de la fase I de las Encuestas Nacional de Salud y de Demografía en Salud. Se avanza en los siguientes productos:

- ✓ Protocolo de Investigación completo (diseño temático).
- ✓ Diseño de la captura, controles, procesamiento y análisis de la información
- ✓ Diseño de la recolección en alistamiento y trabajo de campo.
- ✓ Diseño de los sistemas de producción y de los flujos de trabajo
- ✓ Pruebas al diseño (prueba piloto)
- ✓ Diseño de la difusión en donde se cuente con la estrategia, forma y medios de difusión de los resultados.

Estos diseños quedarán aprobados y listos para el inicio de la fase II correspondiente a la ejecución en campo de las encuestas.

Adicionalmente, la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS ha realizado acompañamiento técnico permanente a la Subdirección de Salud Ambiental, para la planeación y ejecución de los siguientes estudios con el fin de dar respuesta a requerimientos judiciales como a la Sentencia T-622, Sentencia T-733, Medida cautelar para protección del territorio de la comunidad indígena Hitnū, Medida cautelar para protección de la comunidad étnica Awá y Auto interlocutorio No. 022–medida cautelar de protección de territorios afrodescendientes a favor del consejo comunitario Zanjón de Garrapatero, Santander de Quilichao, Cauca.

1.23 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y RED NACIONAL DE LABORATORIOS-RELAB

1.23.1 Vigilancia en Salud Pública

- Elaboración de informes por semanas y periodos epidemiológicos de morbilidad–mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años de edad en los departamentos de Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira, Norte de Santander Risaralda y Vichada.
- Informes por periodos epidemiológicos del seguimiento de la situación de salud de la población migrante, así como consolidados de todos los períodos epidemiológicos de 2019, I, II y III de 2020.
- Actualización y socialización del protocolo de manejo de brotes de eventos de interés en salud pública en establecimientos carcelarios.
- Actualización de los protocolos y lineamientos de la estrategia de vigilancia con base comunitaria.
- Elaboración y divulgación del informe “Comportamiento de brotes de ETA año 2019” al Ministerio de Educación y al Ministerio de Justicia.
- Acompañamiento al proyecto “Salud para la paz fortaleciendo comunidades” en los espacios territoriales de capacitación y reincorporación (ETCR) mediante la socialización de la estrategia de vigilancia en salud pública con base comunitaria.
- Afinamiento de la metodología de los indicadores del protocolo de vigilancia en salud pública integrada de rabia humana, en perros y en gatos, código 300–670:
<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Rabia.pdf>
- Convenio marco de financiamiento no reembolsable para la eliminación de la malaria entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), que vincula al distrito de Buenaventura y a los departamentos de Chocó y Nariño, para desarrollar la iniciativa de

eliminación en 12 municipios del país: Acandí, Atrato, Bagadó, Juradó, Lloró, Medio Atrato, Rio Sucio, Rio Quito, Unguía y los Distritos de Tumaco y Buenaventura.

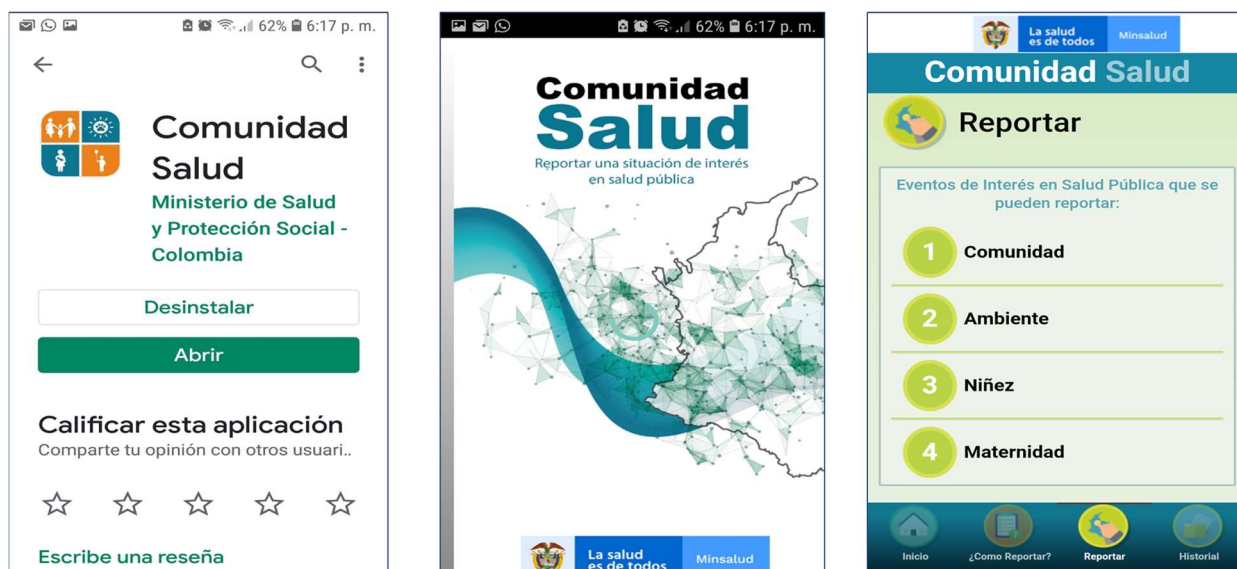
- Adopción de la guía de atención integral del paciente con malaria, proyecto articulado con la Oficina de Calidad del MSPS y OPS.

1.23.2 Vigilancia comunitaria

En 2019 se avanzó en el desarrollo e implementación de la estrategia de Vigilancia Comunitaria basada en rumores informados por agentes comunitarios. Para la implementación de la estrategia de Vigilancia Comunitaria, se utiliza la plataforma de información que maneja el Centro Nacional de Enlace para la gestión de alertas sanitarias y se diseñaron las siguientes herramientas:

- Lineamientos metodológicos para la operación de la Estrategia de Vigilancia Comunitaria.
- Portafolio de Vigilancia Sindrómica Comunitaria, que presenta ilustraciones y descripciones que facilitan el reporte de situaciones de interés por parte de los agentes comunitarios.
- Guía de capacidades para la implementación con orientaciones dirigidas a las DTS para el desarrollo, implementación y evaluación de la estrategia.
- Recursos tecnológicos para la comunicación y reporte de rumores y eventos: APP “Comunidad Salud” para la Vigilancia Comunitaria, disponible para descarga en dispositivos Android.

Ilustración 28. Herramienta de Vigilancia Comunitaria: APP COMUNIDAD SALUD



Fuente: MSPS

- Se cuenta con correo institucional para reportes: vigilacomunitaria@minsalud.gov.co
- Aplicativo de Sala Situacional de OPS como recurso temporal para la administración local de información de vigilancia comunitaria.
- Mensajería de texto para el reporte de nacimientos y defunciones a través de un código corto gratuito para los informantes.

Ilustración 29. Estrategia Colombia Rural–Vital



Fuente: MSPS

Los resultados del pilotaje permitieron la recuperación de hechos vitales no conocidos por la institucionalidad. En la tabla siguiente se muestra el número de nacimientos y defunciones recuperados por año.

Tabla 7. Número de nacimientos y defunciones recuperado entre 2017 y 2019 con la puesta en marcha de la Estrategia Colombia Rural–Vital

Años	2017	2018	2019	Total
Defunciones	7	127	52	186
Nacimientos	8	173	213	394

Fuente: Minsalud-Fundación Bloomberg-VS: Estrategia Colombia Rural Vital

Se continuará en la expansión de la estrategia en los departamentos con alta ruralidad, con prioridad en los municipios fronterizos, en el año 2020.

1.23.3 Red Nacional de Laboratorios (RELAB)

Con la Resolución 561 de 2019, se establecieron los procedimientos de inscripción y verificación de laboratorios que realicen pruebas para eventos de

interés en salud pública y de la IVC sanitaria en la RELAB, disponible en el enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/vigilancia-salud-publica.aspx>

Se cuenta con la documentación y una plataforma web para el registro de los laboratorios. A la fecha se han inscrito 2.945 laboratorios clínicos y 27 laboratorios de Salud pública, el INS e Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

1.24 FORTALECIMIENTO DE LA APLICACIÓN DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL, CENTRO NACIONAL DE ENLACE-CNE Y SANIDAD PORTUARIA

1.24.1 Centro Nacional de Enlace

Con apoyo de la Secretaría General del Ministerio de Salud y Protección Social y cumpliendo con la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), se fortaleció la infraestructura tecnológica de comunicaciones del Centro Nacional de Enlace (CNE) creado como punto de contacto nacional con la OMS mediante Decreto 3518 de 2006.

Se ha garantizado el funcionamiento del CNE de manera ininterrumpida durante los 365 días del año, manteniendo una disponibilidad 24/7 para la gestión de eventos de interés en salud pública nacional e internacional, conectados en red con 37 puntos focales territoriales y los puntos focales sectoriales de los Ministerios de Agricultura, Ambiente y Transporte, Migración Colombia y la Aeronáutica Civil, entre otros.

Durante 2019 se emitieron boletines diarios y extraordinarios de seguimiento a noticias y se monitorearon 348 eventos de interés en salud pública, de los cuales más del 80% fueron de origen infeccioso; el resto distribuido en los diferentes riesgos como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 8. Eventos monitoreados por el CNE en 2019

Tipo de riesgo	Trim. I 2019		Trim. II 2019		Trim. III 2019		Trim. IV 2019		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Infecciosos	65	71%	73	86%	67	85%	82	89%	287	82%
Químico	4	4%	4	5%	6	8%	7	8%	21	6%
Otros		0%	4	5%	2	3%	3	3%	9	3%

Tipo de riesgo	Trim. I 2019		Trim. II 2019		Trim. III 2019		Trim. IV 2019		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ambiental emergencias y desastres	6	7%	4	5%		0%		0%	10	3%
Riesgo animal	8	9%		0%		0%		0%	8	2%
Inocuidad de alimentos	9	10%		0%	4	5%		0%	13	4%
Total	92	100%	85	100%	79	100%	92	100%	348	100%

Fuente: MSPS

- A diciembre de 2019, se realizó el seguimiento a 172 eventos y situaciones de interés en salud pública, los cuales incluyeron: 128 eventos infecciosos (75%), 25 eventos químicos (15%), 11 eventos de emergencias ambiental y desastres (7%), 3 eventos de inocuidad de alimentos (1%), 1 biológicos (0%) y otros 4 (2%).
- En el primer trimestre de 2020 se realizó seguimiento a 119 eventos y situaciones de interés en salud pública, los cuales incluyeron: 96 eventos infecciosos (80,7%), 13 eventos emergencias ambientales y desastres (10,9%), 4 eventos químicos (3,36%), 3 biológicos (2,5%) y otros 5 (4,2%).
- Estos eventos estuvieron relacionados con brotes ocurridos en:
 - ✓ Centros penitenciarios
 - ✓ Establecimientos de Fuerzas Militares y Policía
 - ✓ Instituciones educativas
 - ✓ Resguardos indígenas
 - ✓ Otros establecimientos abiertos al público
- Casos descartados COVID-19-COL, repatriación en el contexto de la COVID-19 y notificación de casos positivos de COVID-19 a OPS.
- Cooperación para la publicación de alertas internacionales de los eventos con intercambio de información sobre pacientes y contactos de COVID-19 con: España, Ecuador, Francia, Turquía, República Dominicana, Emiratos Árabes, Estados Unidos, Grecia, Italia, Suecia, Austria, Corea del Sur, Portugal, Australia y Singapur.

1.24.2 Sanidad portuaria

Acciones a resaltar relacionadas con el fortalecimiento en la gestión en sanidad portuaria en el país:

- Acompañamiento territorial para la preparación y respuesta en el marco del reglamento sanitario frente a la introducción de eventos de interés en

salud pública como parte de la crisis migratoria venezolana y de migrantes que ingresan al país en situación irregular.

- Reforzamiento en los planes de emergencias, relacionado con el proceso migratorio. Para el seguimiento, se priorizaron las entidades territoriales de Ipiales-Nariño, San Miguel-Putumayo, Vichada-Norte de Santander, Santa Marta-Magdalena, Turbo-Antioquia y Sucre.
- Participación con información de los simulacros sobre posible caso de AH5N1 en Valle del Cauca y secuestro de avión con amenaza de ántrax en Bogotá.
- Lineamientos para implementar y ejecutar la autorización anticipada de inicio de operaciones de buques, en coordinación con las autoridades encargadas de la visita oficial de arribo.
- Disponibilidad 24x7 para la notificación y gestión de eventos y alertas.

1.25 ACCIONES EN SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES (UAE-FNE)

El Gobierno Nacional definió entre sus prioridades del Plan Nacional de Desarrollo lograr la satisfacción del usuario brindándole mayor calidad y oportunidad en la atención e incentivar la innovación de las empresas. Con esta directriz el Fondo Nacional de Estupefacientes ha concentrado sus esfuerzos en garantizar la disponibilidad de los medicamentos monopolio del Estado y favorecer su acceso en todo el territorio nacional, ejercer control y fiscalización sobre las actividades desarrolladas con sustancias sometidas a fiscalización y los productos que las contengan (medicamentos de control especial principalmente), brindando oportunidad en los trámites definidos por el FNE, incluyendo los relacionados con el manejo de cannabis y sus derivados ya que, es una industria naciente con potencial para generar desarrollo.

A continuación, se presentan los principales resultados de la gestión del Fondo en el periodo comprendido entre el 1º de junio de 2019 a 30 de mayo de 2020.

• **Respuesta ante la aparición del nuevo coronavirus SARS-CoV-2**

Con la declaración de la emergencia sanitaria el FNE inició la gestión, con el apoyo de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de un acto administrativo que permitiera definir las condiciones para la realización de trámites ante el FNE y de actividades con medicamentos de control especial que permitan favorecer el acceso a los mismos en las condiciones de aislamiento preventivo. Como resultado se emitió la Resolución 615 del 17 de abril de 2020.

Entre las medidas incluidas se encuentra la ampliación del tiempo de prescripción de los Medicamentos de Control Especial pasando de 30 a 90 días calendario y de la vigencia de la prescripción a 90 días a partir de su expedición, la posibilidad de la entrega a domicilio de estos medicamentos y la definición de condiciones para el envío de la prescripción cuando se realizan consultas de telemedicina.

- **Política de Salud Mental y Política de Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA**

El Fondo, en cumplimiento de su función de apoyar programas que contra la farmacodependencia adopte el Gobierno Nacional, realiza anualmente una convocatoria para la selección y cofinanciación de proyectos enfocados en la prevención y reducción del consumo de sustancias psicoactivas, enmarcados dentro las líneas estratégicas establecidas en la Política Integral para La Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, adoptada por la Resolución 089 de 2019.

En la convocatoria 2019 se priorizaron cinco proyectos tres en la línea estratégica de prevención para la implementación del programa de Familias Fuertes: Amor y Límites, en los departamentos de Caquetá, Guajira y Caldas; y dos en la línea estratégica de atención integral, apoyando programas para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de heroína, desarrollados en las ciudades de Cali y Armenia.

Tabla 9. Principales resultados

Región	Resultados
Caldas Valor cofinanciado \$180.000.000	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 210 familias participantes ✓ Fortalecimiento alianza familia escuela: las familias perciben este servicio como un reconocimiento y vinculación institucional en su proceso de formación.
Armenia Valor cofinanciado: \$160.000.000	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 200 personas que se inyectan drogas beneficiados. ✓ Se dispensaron 44.451 jeringas, recibiendo 32.017 de vuelta, alcanzando el 72,03% de efectividad en el retorno. ✓ Se realizó el “Primer encuentro regional de promoción del cuidado a la salud mental”, con la participación de 117 personas.
Cali Valor cofinanciado: \$250.000.000	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valoración de 30 personas por parte del equipo clínico del PMM para la valoración y remisión para tratamiento con metadona. ✓ Se cuenta con 20 usuarios consumidores de opioides vinculados al PMM. ✓ Rutas de atención con EAPB para personas consumidoras de opioides, que brindan la posibilidad de acceder a PMM. ✓ Plan de formación con personas inyectoras de drogas en reducción de riesgos y daños, prevención, detección y manejo de sobredosis, mitos y realidades sobre la heroína y salud sexual.

Región	Resultados
Guajira Valor cofinanciado: \$182.000.000	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenamiento de 24 facilitadores entrenados en los conceptos, metodología y habilidades necesarias para la implementación del Programa. ✓ Socialización del proyecto en el Comité Departamental de reducción de sustancias psicoactivas. ✓ Participación de 135 familias. ✓ Clausura en cada uno de los municipios, con la entrega de estímulos y recordatorios. ✓ Pretest y post test: aplicación para evaluar cambios de percepción y conducta.
Florencia Valor cofinanciado: \$200.000.000	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación: 210 familias ✓ Aplicación pre test y post test ✓ Se disminuyó la concepción de normalidad frente al consumo del vino y la cerveza en los adolescentes que participaron en el programa. ✓ La comunicación de los padres hacia sus hijos mejoró a partir de la aplicación de estrategias brindadas a lo largo del desarrollo del programa.

Fuente: FNE

La convocatoria 2020 se abrió en diciembre de 2019 con la publicación de las condiciones para que los entes territoriales presentaran las propuestas de sus proyectos y en marzo de 2020 se realizó la selección de propuestas. Se recibieron 19 proyectos y se aprobaron 6 para ser cofinanciados en la presente vigencia, así: en la línea estratégica de prevención con el programa familias fuertes los municipios de Quibdó y Tadó del departamento de Chocó y en la línea de reducción de riesgos y daños los municipios de Cali, Armenia, Cúcuta y el departamento de Risaralda.

- **Acciones en salud pública, promoción y prevención del Fondo Nacional de Estupefacientes (UAE-FNE)**

En los meses de marzo y abril de 2020 se emitieron las dos primeras alertas sanitarias por parte del FNE, atendiendo a una denuncia del laboratorio titular y fabricante del medicamento FENTANEX (FENTANILO) 0.5 mg/ 10ml.

- **Licencias de cannabis**

El FNE lideró la iniciativa que generó la Resolución 315 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social -que modifica la actual Resolución 1478 de 2016- en la que se viabiliza la utilización de estupefacientes en la preparación de fórmulas magistrales, define un límite de fiscalización para derivados de cannabis basado en evidencia científica y establece la condición de venta para preparados farmacéuticos que contengan tetrahidrocannabinol, componente psicoactivo del cannabis.

El marco normativo para el uso medicinal y científico del Cannabis establece un sistema de licenciamiento que delega al FNE actividades de control y seguimiento a las licencias de fabricación de derivados de cannabis. Este seguimiento se realiza de forma documental mediante informes presentados

por los licenciarios y de forma presencial mediante auditorias que realiza el FNE a los licenciarios.

- A corte mayo 31 el número de licenciarios de fabricación de derivados que ha emitido el Ministerio es de 168.
- El FNE recepcionó y analizó más de 436 informes periódicos, 76 trámites de aprovechamiento, formalización y liberación de lotes, evaluó 159 solicitudes de cupos tanto de cultivo, como de fabricación, coordinó 14 sesiones ordinarias y 20 sesiones extraordinarias del Grupo Técnico de Cannabis y gestionó ante la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes-JIFE una previsión de 56.543 Kg. de cannabis que fue aprobada a finales de 2019 y de la cual a la fecha se han otorgado cerca de 32 toneladas.
- Se realizaron 15 auditorías, 11 en el segundo semestre de 2019 y 4 en lo corrido de 2020, a lo largo de todo el país, las cuales sugirieron que, 2% de los licenciarios aún no cuentan con la capacidad técnica y científica requerida y que satisfaga completamente los requisitos en cuanto a seguridad y trazabilidad del estupefaciente y la culminación de la etapa de investigación, que generara la seguridad e inocuidad de las materias primas que el sector farmacéutico requiere.
- En 2020 el FNE desarrolló tres (3) sesiones de capacitación en temas de: implementación de la regulación de cannabis y las actividades que realiza el FNE en el marco regulatorio, con el fin de fomentar el conocimiento entre todos los actores involucrados. El número de participantes fue de más de 150 personas.
- Respecto al ámbito internacional el FNE fue convocado a participar en la Mesa de Cannabis con el fin de identificar las potenciales barreras al comercio de la regulación nacional, los procedimientos y trámites de las entidades frente a los intereses del sector privado. Se asumieron compromisos de mejora y se elevaron al gobierno nacional necesidades de las instituciones para mejorar su eficiencia en la gestión.

- **Política Farmacéutica**

Respecto a la disponibilidad de los medicamentos monopolio del Estado, el Fondo Nacional de Estupefacientes destaca las siguientes acciones de su gestión:

- Se adquirieron 17 medicamentos nacionales e importados por \$14.922 millones, entre los que se encuentran:
 - ✓ Analgésicos opioides: Morfina HCl 10 mg/mL, Morfina HCl 3% solución oral, Hidromorfona HCl tabletas 2.5mg, Hidromorfona HCl solución inyectable 2 mg/mL, Metadona tabletas 10mg y 40 mg, Meperidina HCl solución inyectable 100mg/2mL.
 - ✓ Anticonvulsivantes: Fenobarbital tabletas:10mg, 50mg y 100mg. Fenobarbital solución inyectable: 40mg/mL y 200 mg/mL. Fenobarbital solución oral 0,4% y Primidona 250mg
 - ✓ Estimulantes: Metilfenidato 10mg, Metilfenidato de liberación modificada 18mg y 36mg.

- Al cierre de 2019, el Fondo Nacional de Estupefacientes registró una venta consolidada de 1.495.876 unidades comerciales de medicamentos monopolio del Estado, equivalentes a \$30.108 millones; cifras que representan un crecimiento del 7% en unidades y 32% en las ventas totales en 2018. En lo corrido de 2020 se ha logrado obtener ventas por \$5.826 millones de pesos, es decir, un 2% más que el mismo periodo del año anterior.

En la siguiente ilustración se muestran los ingresos de los últimos cinco años, que reflejan la auto sostenibilidad del Fondo para generar recursos para su operación y cumplimiento de sus funciones.

Ilustración 30. Ingresos por venta de medicamentos



Fuente: Base de datos de venta de medicamentos–Fondo Nacional de Estupefacientes

- El consumo de medicamentos opioides distribuidos por el FNE, incluyendo metadona, medido en equivalentes de morfina oral/per cápita ha tenido



un aumento promedio del 2000 a 2019 de 0,36 puntos por año. Para el año 2019, este consumo se estableció en 9,12 equivalentes de morfina oral/per cápita con un aumento de 0,12 puntos en comparación con el año 2018, donde el consumo se estableció en 9,04 equivalentes de morfina oral/per cápita.

- En el segundo semestre de 2019 se obtuvo del INVIMA la aprobación de cuatro registros sanitarios nuevos y una ampliación de presentación comercial, de titularidad del FNE para la fabricación nacional de los medicamentos, así: i) Metadona HCl 10mg tabletas, Metadona HCl 40mg tabletas, como alternativa de menor costo frente a los medicamentos importados por el FNE; ii) Hidromorfona 5mg tabletas, para reingresar al mercado este medicamento, cuya comercialización fue suspendida en 2015; iii) nueva presentación comercial de ampolla por 5mL para el medicamento Morfina HCl 10 mg/mL ampolla, como alternativa parcial frente a la suspensión de la fabricación del medicamento Morfina HCl solución inyectable 3% multidosis.
- Así mismo, durante la vigencia 2019 se llevaron a cabo los procesos de validación analítica y de limpieza y los estudios de estabilidad con cada uno de los fabricantes nacionales de los medicamentos del Estado, los cuales tuvieron resultados favorables.
- Se trasladó la sede del Fondo para garantizar las Buenas Prácticas de Almacenamiento de los medicamentos.
- El Fondo en calidad de titular de registros sanitarios cuenta con un programa de farmacovigilancia, el cual fue inscrito en 2019 ante la Red Nacional de Farmacovigilancia del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA y obtuvo membresía en la Asociación Colombiana de Farmacovigilancia.

A través de este programa se logró: i) reportar 11 problemas de calidad relacionados con Morfina; ii) Realizar un estudio de utilización de medicamentos (EUM) opioides en Colombia con Datos obtenidos de la plataforma Sistema de Información de Medicamentos–SISMED analizando el consumo en el periodo 2012 a 2018; iii) realizar capacitaciones al interior del FNE con el fin de dar a conocer el Programa, su importancia dentro de la gestión misional del FNE y la forma en que se pueden realizar los reportes de sospechas de eventos adversos a medicamentos y; iv) iniciar las gestiones para ampliar el alcance del programa e incluir acciones enfocadas a la generación, comunicación y gestión de alertas.



- En el marco de la actividad de regionalización, a través de la cual el FNE busca fortalecer la interacción con los Fondos Rotatorios de Estupefacientes–FRE de las secretarías e Institutos Departamentales de Salud y apoyar la gestión que éstos realizan, se obtuvo lo siguiente:
 - ✓ En diciembre se realizó la segunda convocatoria anual nacional de Fondos Rotatorios de Estupefacientes, que contó con la participación de representantes de 20 FRE y tuvo una agenda académica de actualización en normativa relacionada con las actividades de ejercidas por los FRE, que incluyó: el papel de los medicamentos opioides en el manejo del dolor y los cuidados paliativos; la presentación de la Resolución 3100 de 2019 nuevo manual de habilitación de prestadores de servicios de salud; actualización del reporte a SISMED, entre otros.
 - ✓ Se apoyó a los FRE en sus procesos de compra de medicamentos monopolio del Estado, por medio de la plataforma de Colombia Compra Eficiente.
 - ✓ Diseño de una herramienta para la captura de información de las compras realizadas por los FRE a través de la plataforma de Colombia Compra Eficiente.
 - ✓ Se desarrollaron tres (3) auditorías para los FRE de Santander, Casanare y San Andrés.
 - ✓ Se emitieron comunicados sobre el riesgo de desabastecimiento de medicamentos monopolio del Estado, dirigidos a gobernadores y secretarios de salud de los departamentos de Chocó, Córdoba, Huila y Sucre, con el fin de promover las gestiones para la adquisición oportuna de estos medicamentos.
 - ✓ Se gestionaron 404 autorizaciones de compra directa al FNE y 721 traslados interdepartamentales de medicamentos monopolio del Estado, como alternativas para favorecer el acceso a estos medicamentos, cuando los FRE presentan desabastecimiento.
 - ✓ En 2020 se inició el diseño del Recetario Oficial Electrónico–ROE– para la prescripción de medicamentos de control especial, que se proyecta como el reemplazo del recetario oficial en papel que se maneja actualmente en el país.

2. CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN SALUD

2.1. PROGRAMA DE ACCIÓN INMEDIATA EN HOSPITALES (“AIHOSPITAL”)

Este programa ha sido desarrollado para el fortalecimiento del hospital público colombiano. Bajo este programa se ha logrado lo siguiente:

- Acompañamiento y apoyo a diez (10) hospitales priorizados de mediana y alta complejidad que se encontraban en estado crítico. En estos hospitales se resaltan las siguientes acciones: \$88,9 mil millones en proyectos de infraestructura y dotación. \$39,1 mil millones de cartera depurada. Las conciliaciones con pagadores llegaron a \$53,8 mil millones; \$44,5 mil millones recuperados en tesorería y \$11,4 mil millones ejecutados para el saneamiento de pasivos.
- Se desarrolló un aplicativo web de seguimiento trimestral de 23 indicadores en 4 dimensiones de desempeño para todos los hospitales públicos del país. Cifras preliminares muestran que el **índice general de desempeño medido a través de estos indicadores pasó de 56 a 75; los hospitales con nivel de gestión deficiente cayeron en 72%** (pasó de 800 a 205) y 221 hospitales ahora están en un nivel óptimo de gestión.

Para más detalles, ver: <https://sig.sispro.gov.co/SistemaAlertasHospitales/>

- Se desarrolló el **aplicativo “AiHospital Contigo”** –hoy en prueba piloto– para lograr mayor efectividad en los esfuerzos de promoción y prevención en salud (PyP) con la comunidad.

Este aplicativo busca que los ciudadanos conozcan las intervenciones en salud que le corresponden y desarrollar un seguimiento de procesos de promoción y prevención en los territorios, para que se generen más acciones en materia de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que mejoren el acceso y los resultados en el sector. AiHospital Contigo permitirá



el seguimiento nominal de acciones de prevención y promoción de la salud hechos en los territorios y por los aseguradores en cerca de 4.500 sedes de prestación de servicios de salud: busca mejorar los resultados en salud en todo el país para cerrar brechas sociales de equidad. Se trata de llegar, uno a uno, a los 50 millones de colombianos.

Hace parte del programa “AiHospital” y busca garantizar el acceso efectivo y el mejoramiento de los resultados de salud en el país. Esto se logra mediante la organización funcional de las IPS primarias en los componentes intramural, extramural y comunitario, en el marco de las rutas integrales de atención y a través del MAITE, llegando con atención a zonas alejadas a través de redes móviles. Se constituye, además, en la consolidación de la implementación de las acciones en el primer nivel de atención con un abordaje integral e innovador enfocado en la gestión del riesgo, la optimización del uso de recursos y el empoderamiento del ciudadano como autogestor de su salud. AiHospital Contigo fue piloteado en 2019 en siete (7) hospitales de baja complejidad (Maicao, Buenaventura, Tumaco, Leticia, Vichada, Valledupar y San Andrés y Providencia). Se espera su implementación para todo el territorio nacional durante el 2020.

Con esto se busca aumentar las coberturas de acciones para la promoción y el mantenimiento de la salud, de manera articulada con el MAITE. El aplicativo hace seguimiento inicialmente a seis (6) intervenciones, lo que permite además brindar información persona a persona en tamizaje de riesgo cardiovascular y metabólico, tamizaje de hepatitis C, tamizaje para cáncer de colon y recto, tamizaje para cáncer de mama, aplicación de flúor en barniz y remoción de placa bacteriana. El seguimiento de otras cuatro (4) intervenciones está programado para el segundo trimestre de 2020: tamizaje de cáncer de cuello, tamizaje de anemia, valoración de salud bucal y valoración integral.

Los ciudadanos podrán conocer la información relacionada con las intervenciones individuales que le corresponden según su sexo y edad a través de www.miseguridadsocial.gov.co. Esto le dará capacidad a cada persona de tener autogestión del estado de salud, fortalecer el derecho de libre elección y establecer un seguimiento a la gestión realizada por aseguradores y prestadores. El aplicativo va de la mano del pago por resultados porque sabremos qué intervenciones de promoción y prevención se le están haciendo en cada uno de los colombianos.

2.2. INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN EN SALUD

Para lograr mayor eficiencia y eficacia en la revisión y aprobación de proyectos de inversión, se expidió la Resolución 2053 de 2019 "Por medio de la cual se definen las reglas y los requisitos para la expedición de los conceptos técnicos de viabilidad de los proyectos de inversión cuya fuente de financiación o cofinanciación sea el Presupuesto General de la Nación-Ministerio de Salud y Protección Social, para los financiados con recursos de la entidad territorial, y los de infraestructura física, equipamiento fijo y dotación biomédica, considerados de control especial de oferta para la prestación de servicios de salud". Igualmente, se elaboró el proyecto de norma de infraestructura hospitalaria que tiene por objeto actualizar la Resolución 4445 del 26 de diciembre de 1996, por medio de la cual se dictan normas para el cumplimiento del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras normas técnicas y administrativas.

El Ministerio brinda asistencia técnica para la formulación y estructuración de proyectos de infraestructura en salud y dotación hospitalaria, de forma tal que la presentación de los mismos sea de manera adecuada por parte de las Entidades territoriales en el marco de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de ESE y los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud. De igual manera, realiza seguimiento a los proyectos cofinanciados con recursos de la Dirección.

2.3. PRESTACIÓN PÚBLICA DE SERVICIO DE SALUD

En Colombia operan 930 Empresas Sociales del Estado-ESE, distribuidas según nivel de atención en: 794 de primero, 111 de segundo y 25 de tercer nivel. De éstas, 926 corresponden a ESE del nivel territorial y 4 del nivel nacional. En total, las sedes de estas ESE ascienden a 3.453, que operan en todo el territorio nacional, con presencia importante en la mayoría de municipios.

Tabla 10. ESE según nivel de atención–2019

Nivel Atención	No. ESE	Porcentaje
Primer nivel	794	85,4%
Segundo nivel	111	11,9%
Tercer nivel	25	2,7%
Total	930	100%

Fuente: Registro especial de prestadores de servicios de salud –REPS, corte 31 de diciembre de 2019

Con corte a 31 de diciembre de 2019, los cargos aprobados por las juntas directivas de las ESE ascendían a 54.652 de los cuales el 85,4% estaban

ocupados a la fecha de corte y el 14,6% vacantes. Del total de cargos provistos (46.684), el 53% corresponde a ESE de primer nivel de atención, 23% de segundo nivel y 24% de tercer nivel de atención.

Tabla 11. Cargos aprobados, provistos y vacantes de las ESE. Años 2018 – 2019

Clasificación del Cargo	A 31 de diciembre de 2018			A 31 de diciembre de 2019		
	Cargos aprobados Junta Directiva	Numero cargos provistos	Vacantes	Cargos aprobados Junta Directiva	Número cargos provistos	Vacantes
Carrera	35.709	29.841	5.868	36.290	30.712	5.578
Libre Nombramiento y Remoción	2.858	2.662	196	2.686	2.490	196
Periodo Fijo	1.507	1.459	48	1.425	1.390	35
Planta Temporal	5.645	5.031	614	5.671	4.920	751
Servicio Social Obligatorio	4.159	3.581	578	4.002	3.386	616
Trabajador Oficial	4.746	3.993	753	4.578	3.786	792
Total general	54.624	46.567	8.057	54.652	46.684	7.968

Fuente: Información reportada por las ESE, 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 la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 –Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Las ESE cuentan con 26.120 camas de hospitalización a 31 de diciembre de 2019 y un porcentaje ocupacional en promedio de 74,6%, con una mayor ocupación en las ESE de tercer nivel de atención (92,9%), seguido por las de segundo nivel con 86,2% y de primer nivel con 37,4%. Los egresos hospitalarios se incrementaron en un 5,7% entre 2018 y 2019 y el giro cama pasó de 71 a 74 pacientes cama año en 2019.

Tabla 12. Producción de Servicios de Salud de las ESE, 2019

Concepto	31 de diciembre de 2019				Var. % 31Dic18-31Dic19
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total	
Camas de hospitalización	7.643	10.161	8.316	26.120	0,5%
Total de egresos	399.935	1.019.038	525.430	1.944.403	5,7%
Promedio días estancia	2,5	3,4	5,7	3,8	1,2%
% ocupacional	37,4%	86,2%	92,9%	74,6%	1,9%
Giro cama	52	100	63	74	5,2%
Consultas electivas	25.227.090	7.428.753	3.680.083	36.335.926	4,1%
Consultas Urgentes	8.676.030	4.528.475	2.116.914	15.321.419	7,2%
Total partos	52.521	156.672	78.691	287.884	4,7%
% partos por cesárea	5,8%	43,2%	36,7%	34,6%	0,9%
Total de cirugías realizadas	205.272	744.101	554.324	1.503.697	9,6%
Exámenes de laboratorio	38.745.987	20.905.021	17.197.391	76.848.399	9,0%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	2.542.575	3.605.307	2.304.401	8.452.283	9,3%
Dosis de biológico aplicadas	10.829.299	1.959.080	2.533.142	15.321.521	2,6%
Controles de enfermería	7.623.818	952.539	539.650	9.116.007	-1,4%

Concepto	31 de diciembre de 2019				Var. % 31Dic18- 31Dic19
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total	
Citologías cervicovaginales tomadas	1.695.336	231.781	109.185	2.036.302	-5,4%
Total Producción medida en UVR	141.739.197	70.650.777	73.931.409	286.321.383	5,2%

Fuente: Información reportada por las IPS públicas en virtud del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

En 2019, la producción de las ESE generó ingresos reconocidos por venta de servicios de salud por \$12,6 billones e ingresos recaudados de \$7,9 billones, con variación positiva del 6,4% y 5,3% respectivamente, frente a la vigencia anterior.

El total de los ingresos reconocidos sumaron \$19,2 billones en 2019, con un crecimiento del 10,9% respecto a 2018, los ingresos recaudados ascendieron a \$14,4 billones, los cuales representan un porcentaje de recaudo del 75%. Los gastos totales comprometidos alcanzaron los \$14,7 billones, lo cual genera equilibrio presupuestal con ingresos reconocidos de 1,31, que significa que sus gastos comprometidos pueden ser financiados con el total de ingresos recocidos, generando un excedente de 0,31 por cada peso comprometido, mientras que con recaudo alcanza a financiar un 0,98, generando un déficit de 0,02 por cada peso comprometido.

2.4. REFORMAS DE HOSPITALES PÚBLICOS

Con el fin de mejorar la prestación pública de servicios a la población, se avanzó en propuestas técnicas y normativas para el fortalecimiento institucional, asistencial, administrativo y financiero de las Empresas Sociales del Estado - ESE, entre las que se señalan:

- **Redes de ESE.** Se avanzó en la elaboración del diagnóstico y propuesta de aspectos a considerar en el desarrollo de las redes, así como del proyecto para la reglamentación del artículo 7 de la Ley 1966 de 2019 con relación a la organización de las Redes de ESE, para que bajo la dirección de la entidad territorial departamental o distrital se logre mejorar la gestión de las ESE individualmente y en Red.
- **Financiamiento.** Se elaboró la propuesta para el modelo de financiamiento de las ESE y lineamientos para la presupuestación de las ESE que no se encuentran en riesgo financiero o en Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, entre otros.
- **Talento Humano.** Se concertó con las centrales obreras el proyecto de ley de solicitud de facultades pro t mpore al Sr. Presidente de la República

para la expedición de un régimen laboral específico para las ESE, actualmente en revisión.

2.5. PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO EN SALUD

En el marco de la planeación, gestión y evaluación de la prestación de servicios de salud, se brindó asesoría y asistencia permanente a las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales. Entre los instrumentos citados se encuentran:

- **Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de ESE-PTRRM.** El total de las entidades territoriales que cuentan con ESE adscritas a su estructura administrativa²⁶, que corresponden a treinta y cinco (35), tienen su Programa aprobado por el Ministerio.
- **Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud.** Para el periodo 2018-2019 se brindó asistencia técnica a las entidades territoriales para la formulación, presentación y ajustes de estos planes, obteniendo un total de 4.941 iniciativas registradas en el aplicativo, de las cuales 3.265 fueron aprobadas por el Ministerio. Ahora bien, para el bienio 2020-2021 y de acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de la Resolución 2514 de 2012, durante este periodo el MSPS se encuentra en la etapa de formulación, presentación y aprobación de iniciativas por parte de las Entidades territoriales.

2.6. GESTIÓN FINANCIERA

En desarrollo de acciones para el fortalecimiento de la gestión de prestación de servicios y para restablecimiento de la solidez económica y financiera en el marco del saneamiento de pasivos de las ESE en intervención forzosa administrativa para administrar o para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previa solicitud por parte de dicha Superintendencia y para la financiación de Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, en 2019 se asignaron recursos por \$56.425 millones del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud-FONSAET, así:

²⁶ Del total de las treinta y siete (37) entidades territoriales departamentales y distritales, el Distrito de Barranquilla y el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina no cuentan con ESE adscritas a su estructura administrativa; razón por la cual no tienen estos programas.

Tabla 13. Asignación a ESE en intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar por parte de la SNS, para el saneamiento de pasivos

Acto Administrativo	Departamento	Municipio	Entidad	Asignado
Resol 3370 de 2019	Cesar	Chiriguaná	ESE Hospital Regional San Andrés	2.578.105.927
	Córdoba	Montería	ESE Hospital San Jerónimo de Montería	12.517.430.016
	Nariño	Tumaco	ESE Hospital San Andrés	2.498.167.886
	Santa Marta	Santa Marta	ESE Alejandro Próspero Reverend	5.835.755.537
	Sucre	Sincelejo	ESE Hospital Universitario de Sincelejo	18.995.594.773
Total				42.425.054.139

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 14. Asignación a Departamentos para financiación de Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de ESE categorizadas en riesgo medio o alto

Entidad Territorial	Resolución 3370/19
Amazonas	101.431.000
Arauca	917.793.000
Boyacá	608.370.000
Cartagena	2.589.864.000
Cauca	1.041.246.000
Chocó	1.648.080.000
Huila	687.622.000
Norte de Santander	260.246.000
Quindío	467.546.000
Risaralda	886.474.000
Santander	3.921.720.000
Tolima	869.608.000
Totales	14.000.000.000

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

2.7. PROYECTOS DE INVERSIÓN

Para el periodo comprendido entre junio 2019 y mayo 2020, se ha brindado asistencia técnica para la formulación y estructuración de proyectos de infraestructura en salud y dotación hospitalaria, de forma tal que la presentación de los mismos sea de manera adecuada por parte de las Entidades territoriales de salud en el marco de los PTRRMR y los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud. Como resultado se emitieron 67 conceptos técnicos de viabilidad de proyectos a ser financiados con diferentes fuentes, 32 de infraestructura en salud y 35 de dotación hospitalaria.

Con recursos del Presupuesto General de la Nación durante 2019 se asignaron \$100.466 millones a 64 proyectos de capacidad instalada ubicados en 19 departamentos mediante las Resoluciones 2295, 3372 y 3373 de 2019.

2.8. POBLACIONES VULNERABLES

En referencia a los acuerdos establecidos en el capítulo étnico del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, en el período se llevaron a cabo las concertaciones de los indicadores para el cumplimiento de los mismos, con las organizaciones de los pueblos y comunidades indígenas y con comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras–NARP, con participación de las entidades competentes.

En el contexto de los acuerdos del posconflicto y el Plan Marco de Implementación de Acuerdo de Paz, se brindó asistencia técnica a las Entidades Territoriales de Salud con el fin de fortalecer la oferta de servicios de salud, mejorando sus capacidades de respuesta para la prestación de servicios a través de proyectos de infraestructura y dotación, priorizados en los municipios de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial–PDET y el Plan Nacional de Salud Rural, con el cumplimiento de la normatividad vigente, como son, estar incluidos en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de ESE y en los Planes Bienales de Inversiones Públicas en salud, a fin de ser objeto de cofinanciación los municipios priorizados, teniendo en cuenta que es competencia de las entidades territoriales su gestión.

Es así, como se prestó asistencia técnica a 45 iniciativas de proyectos presentados por las Direcciones Territoriales de Salud departamentales y distritales, con municipios incluidos en los PDET, de los cuales 7 tuvieron concepto técnico no viable, 17 con concepto técnico viable, 6 en revisión y 15 devueltos por no cumplir con los requisitos mínimos documentales.

2.9. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA PANDEMIA COVID-19

En el marco del Decreto 417 del 17 de marzo de 2020 que declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica y la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social que declaró la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID–19 y adoptó medidas para prevenir, controlar y mitigar sus efectos, entre otras, se han expedido medidas e implementado estrategias e instrumentos para la contención y mitigación, como el distanciamiento físico, el empleo de elementos de protección personal, realización de pruebas, promoción de acciones de higiene, entre otras.

El Ministerio elaboró un Plan de contingencia para la prevención, contención y mitigación de la COVID–19, con acciones para adecuar la oferta institucional y

su capacidad de respuesta para la atención de la pandemia, con los siguientes componentes: Plan de contingencia de cuidado crítico para el paciente COVID-19, Talento humano, Programa Territorial de Atención a Pacientes COVID-19, Suficiencia de la oferta, Procedimiento para las entidades responsables de pago durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-Cov-2 (COVID-19)–Redes de servicios, Transporte asistencial de pacientes sospechosos o confirmados del Coronavirus, Telesalud y telemedicina en la atención de COVID-19.

En el marco de lo anterior, desde la Dirección se han adelantado acciones para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud a nivel territorial frente a la pandemia por COVID-19, en desarrollo de un trabajo coordinado y articulado con las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales y Prestadores de Servicios de Salud, para:

- La determinación y análisis de la capacidad de respuesta de las Direcciones Territoriales Departamentales y Distritales de Salud para la atención de personas infectadas con el Virus SARS-COV-2 causante de COVID-19 en las Fases de Contención y Mitigación, como base para la formulación e implementación de medidas, estrategias e instrumentos para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.
- Determinación de posible expansión y ampliación de camas de IPS y por entidades territoriales de salud, para la atención de pacientes con la COVID-19, de forma conjunta con las Direcciones Territoriales Departamentales y Distritales de Salud, para definir la expansión de la capacidad instalada y operativa de los prestadores de servicios de salud (en especial con relación a hospitalización y UCI) para su alistamiento para la atención de pacientes con la COVID-19. A este proceso se realiza seguimiento y ajuste permanente.
- Diseño del “Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)”, el cual fue adoptado por la Resolución 536 del 31 de marzo de 2020, y establece las acciones y fases que deben adelantar los actores del SGSSS en el marco de sus competencias para la atención de la pandemia. Dicho Plan tiene como propósito la organización de la prestación de servicios de salud ambulatorios, domiciliarios, hospitalarios y de urgencia brindados a la población en el marco de la pandemia y la emergencia sanitaria a causa del SARS-CoV-2 (COVID-19).
- Elaboración de documento “Estimación de las Necesidades en Salud de Camas para la Atención por casos confirmados por SARS-Cov-2 (COVID-19)”, en el cual se plantea el fortalecimiento de la capacidad instalada en los



departamentos y distritos para la atención salud a partir de estimaciones y proyecciones de requerimientos sobre camas para la atención de COVID-19.

Tabla 15. Plan de Expansión a nivel de Ampliación de la Capacidad Instalada–COVID-19

Fase	Descripción
I. Ampliación de la capacidad instalada	<ul style="list-style-type: none"> Utilización exclusiva del 50% para atención de casos de SARS-CoV-2 (COVID-19), equivalentes a: 20.887 camas de hospitalización para adultos 1.653 camas de cuidado intermedio 3.289 camas de UCI, que corresponden al 50% de las camas de UCI habilitadas (2.731) y 558 camas por adquisición de ventiladores por direcciones territoriales de salud, donaciones y el 50% de las camas que actualmente se encuentran habilitadas como Unidades de Cuidados Intermedios, pero cuentan con ventilador.
II. Optimización de capacidad instalada	<ul style="list-style-type: none"> Corresponde a la ampliación en áreas o ambientes no destinados al servicio de hospitalización y a ambientes de aislamiento (auditorios, salones de conferencia o zonas de expansión). Incremento de la capacidad instalada a 5.526 camas de Unidad de cuidado intensivo (UCI), al contar con 2.237 unidades adicionales por la adquisición de ventiladores respiratorios. Incremento de la capacidad instalada de camas de unidad de cuidados intermedios a 4.436. No se incrementa el número de camas de hospitalización general por cuanto ya se cuenta con la capacidad requerida.
III. Extensión de la capacidad instalada	<ul style="list-style-type: none"> Expansión de la capacidad instalada con infraestructura de salud que en este momento se encuentra fuera de funcionamiento Expansión de la capacidad instalada en edificaciones de usos diferentes a servicios de salud (hoteles, pabellones, auditorios, coliseos, colegios, universidades, etc.) Infraestructura de tipo modular y fácil montaje Incremento de la capacidad instalada: A 7.763 camas de Unidad de cuidado intensivo, con la adquisición de 2.237 UCI nuevas. Incremento de la capacidad instalada de camas de unidad de cuidados intermedios a 7.218. No se incrementa el número de camas de hospitalización general por cuanto ya se cuenta con la capacidad requerida.
IV. Extensión crítica	<p>Hospitales de campaña</p> <ul style="list-style-type: none"> Incremento de la capacidad instalada total a: 10.000 camas de cuidado intermedio 10.000 camas UCI No se incrementa el número de camas de hospitalización general por cuanto ya se cuenta con la capacidad requerida (20.000 camas).

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

- La expansión de camas hospitalarias en unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidado intermedios y camas hospitalarias por departamento y distrito capital, se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 16. Plan de expansión de camas hospitalarias COVID-19 Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios y Hospitalarias por Entidad Territorial

Departamento / D.C	Expansión Camas Unidad de Cuidados Intensivos					Expansión Camas Unidad de Cuidados Intermedios					Expansión camas hospitalización
	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Total	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Total	
Antioquia	423	297	297	297	1.312	237	398	399	399	1.433	2.722
Atlántico	311	121	121	121	673	181	304	304	304	1.093	1.586
Bogotá, D.C.	578	344	344	344	1.609	309	521	521	522	1.873	3.623
Bolívar	146	97	97	97	436	70	119	119	119	427	941
Boyacá	69	55	55	55	235	27	45	45	45	163	435
Caldas	82	45	45	45	218	57	95	95	95	342	536
Caquetá	10	18	18	18	65	1	2	2	2	6	151
Cauca	44	66	66	66	243	28	47	47	47	169	341
Cesar	110	58	58	58	283	52	87	87	87	313	650
Córdoba	237	81	81	81	480	47	78	78	78	281	609
Cundinamarca	86	144	144	144	518	77	130	130	130	467	761
Chocó	10	24	24	24	83	6	10	10	10	36	178
Huila	75	50	50	50	225	18	30	30	30	109	470
La Guajira	39	43	43	43	168	16	27	27	27	97	274
Magdalena	49	63	63	63	239	32	53	53	53	191	616
Meta	34	47	47	47	175	26	44	44	44	157	373
Nariño	66	72	72	72	283	25	42	42	42	151	507
Norte de Santander	79	72	72	72	295	32	54	54	54	194	489
Quindío	23	25	25	25	96	10	17	17	17	61	283
Risaralda	49	43	43	43	177	52	88	88	88	316	502
Santander	131	101	101	101	435	72	122	122	122	438	1.084
Sucre	80	42	42	42	206	22	37	37	37	133	467
Tolima	112	60	60	60	290	52	88	88	88	316	570
Valle del Cauca	392	201	201	201	996	176	297	297	297	1.067	2.284
Arauca	2	13	13	13	41	4	7	7	7	24	78
Casanare	19	19	19	19	77	15	25	25	25	91	147
Putumayo	5	16	16	16	53	2	3	3	3	12	87
San Andrés y Providencia	28	3	3	3	36	2	3	3	3	12	33
Amazonas	2	4	4	4	13	4	7	7	7	24	34
Guainía	1	2	2	2	8	0	-	-	-	-	8
Guaviare	1	4	4	4	13	0	-	-	-	-	32
Vaupés	-	2	2	2	6	0	-	-	-	-	3
Vichada	2	5	5	5	17	1	2	2	2	6	20
Total	3.289	2.237	2.237	2.237	10.000	1.653	2.783	2.782	2.783	10.003	20.887

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

- De forma complementaria, se elabora el documento de “Alternativas de Ampliación de Capacidad Instalada para la Prestación de Servicios de Salud en la Pandemia por COVID-19, en cual se identifican alternativas para la prestación de los servicios de salud, para disminuir las posibles saturaciones de la capacidad instalada, como la generación de áreas o ambientes de aislamiento para la atención de personas en riesgo de infección y con infección por SARS-CoV-2, dentro de la sede del prestador, implementación de modalidades de atención extramural domiciliaria y telemedicina, entre otros.

- Se generó la adquisición de equipos para la atención de la pandemia por COVID-19. A mayo de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social con fin de atender la emergencia ocasionada por la pandemia de la COVID-19, ha contratado la adquisición de 2.767 ventiladores por \$230.002,3 millones. La distribución de estos equipos se realizará de acuerdo con el comportamiento de la pandemia en los departamentos y distritos y la disponibilidad o adecuaciones de áreas para su utilización, una vez sean recibidos los equipos adquiridos.
- Además, se elaboraron propuestas normativas para garantizar la prestación de servicios de salud en el marco de la pandemia de COVID-19, consignadas en el Decreto Legislativo 538 del 12 de abril de 2020, como: la autorización transitoria para la prestación de servicios de salud (para la adecuación temporal de un lugar no destinado a la prestación de servicios de salud, dentro o fuera de sus instalaciones, la reconversión o adecuación de un servicio temporal para la prestación de otro servicio no habilitado, la ampliación de la capacidad instalada de un servicio de salud habilitado, la prestación de servicios en modalidades o complejidades diferentes a las habilitadas, y la prestación de otros servicios de salud no habilitados); eliminación de la autorización previa para contratación de IPS; entrega de recursos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales a los prestadores de servicios de salud; flexibilización trámites de proyectos de inversión de infraestructura, dotación o equipos biomédicos; uso de recursos del FONSAET, entre otras.

2.10. GESTIÓN TERRITORIAL, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

2.10.1 Proyecto asistencia para incrementar la capacidad de respuesta del sector salud hacia la población afectada por emergencias y desastre nacional. Rubro 1901-0300-0027

Al Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector y cabeza del sector salud, en el marco de sus competencias, especialmente lo contemplado en el Decreto 4107 de 2007: “Formular, adoptar y coordinar las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales” le corresponde orientar, generar capacidad de respuesta, brindar asistencias técnica y garantizar el apoyo técnico requerido por los actores del Sistema para la preparación, manejo y posterior recuperación ante situaciones de urgencia, emergencia o desastre.

En este orden de ideas, se debe liderar y orientar los procesos y actividades encaminadas a la Gestión del Riesgo de Desastres en Salud que se realicen a nivel nacional donde los actores involucrados (Entidades Territoriales, EAPB, IPS) asuman el rol que les compete para atender a la población afectada de su área de influencia ante situaciones de urgencia, emergencia o desastre

Por tal razón, estos recursos se encuentran destinados a fortalecer las actividades de prevención, atención y recuperación del sector salud, en el marco general del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, con el fin de disminuir la morbilidad de la población afectada por emergencias, urgencias y desastres de origen natural y/o antrópico que se presenten en el territorio nacional.

La apropiación para el proyecto fue de \$1.000 millones, de los cuales se ejecutaron \$929.120,8 millones, que corresponde al 92,9%.

Tabla 17. Proyecto Vigencia 2019

Miles de Pesos

Apropiación inicial	Aplazamiento presupuestal	Apropiación final asignada	Valor ejecutado	Porcentaje valor ejecutado
\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 1.000.000	\$ 929.121	92,9%

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2019

Este proyecto, para la vigencia 2020, tiene dispuestos recursos por \$1.000 millones.

2.10.2 Apoyo a programas de desarrollo de la salud Ley 100 de 1993. Rubro 03-03-02-002

Destinado a desarrollar proyectos que permitan mejorar la calidad de vida de la población pobre y sin capacidad de pago en el país. Esto a través del desarrollo y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud para combatir la pobreza y la desigualdad que permiten dar acceso preferente a la población más pobre y vulnerable a los servicios sociales del Estado en estas regiones del país.

Se apropiaron recursos por \$180.987,8 millones para la cofinanciación de 153 proyectos de transporte asistencial (básico y medicalizado), dotación de equipo médico, infraestructura en salud, unidades medico odontológica, planta eléctrica, vehículos de transporte extramural y atención en salud en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR), por \$179.245,5 millones, equivalentes al 99,0%.

Tabla 18. Vigencia 2019

Miles de Pesos

Apropiación Inicial	Adición Presupuestal	Apropiación final asignada	Apropiación reducida	Apropiación final para ejecutar	Valor ejecutado	% Valor Ejecutado
\$164.379.999	\$30.000.000	\$194.379.999	\$13.392.193	\$180.987.806	\$179.245.541	99,04%

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2019

Para la vigencia 2020, se disponen recursos por \$58.504,4 millones con el fin de apoyar el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud. De estos recursos se realizó un traslado presupuestal al Rubro Emergencia Sanitaria por \$2.793 millones, con lo cual la apropiación final para ejecutar queda en \$55.711,4 millones.

2.10.3 Plan Nacional de Salud Rural. Rubro 03-11-01-002

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.

Se apropiaron recursos por \$11.148,6 millones, con los cuales se cofinanciaron treinta y un (31) proyectos de transporte asistencial (básico y medicalizado), dotación equipo médico, infraestructura en salud, unidades medico odontológica y atención en salud en los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR), por \$10.329,5 millones, correspondiente al 92,7%.

Tabla 19. Plan Nacional de Salud Rural. Vigencia 2019

Miles de Pesos

Apropiación Inicial	Adición Presupuestal	Apropiación final asignada	Apropiación reducida	Apropiación final para ejecutar	Valor ejecutado	% Valor Ejecutado
\$11.148.584	\$0	\$11.148.584	\$0	\$11.148.584	\$10.329.520	92,65%

Fuente: Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres, 2019

Para la vigencia 2020, se disponen recursos por \$11.483 millones, con el fin de apoyar el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

2.11. NUEVO MARCO DE HABILITACIÓN

La habilitación es el componente de entrada al Sistema que define las condiciones mínimas esenciales obligatorias para la prestación de servicios de

salud en el país, en el marco del cual se continuó con la implementación de la habilitación de servicios de salud y de formas funcionales de su organización, como las Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer; Centros de Referencia para la Atención de Enfermedades Huérfanas y las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.

2.11.1 Habilitación de servicios de salud

Teniendo en cuenta lo definido en el Decreto 780 de 2016 sobre el ajuste periódico y progresivo de los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y teniendo en cuenta lo establecido en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022 acerca de la articulación de todos los agentes del sector salud en torno a la calidad, robusteciendo los sistemas de habilitación y acreditación, se llevó a cabo un proceso participativo para la expedición de la Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”, con la actualización y modernización de las condiciones de habilitación y la armonización normativa, en la búsqueda de mayor calidad, efectividad y eficiencia en su prestación, incluyendo criterios específicos para zonas dispersas. En la actualidad se continúa con la socialización de la norma con entidades territoriales y prestadores, así como el proceso de alistamiento en el marco de la transitoriedad establecida en dicha resolución.

De otra parte, conforme lo señalado en el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el Artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012, el Ministerio realizó visitas previas de verificación de servicios nuevos de oncología registrados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS, en todo el país.

Dichas visitas fueron suspendidas a partir del 22 de noviembre de 2019, según lo establecido en el Decreto 2106 de 2019 “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública” que modificó las normas anteriores, señalando que toda nueva institución prestadora de servicios de salud, los nuevos servicios de urgencias, alta complejidad y oncología, para iniciar actividades deben contar con la verificación previa del cumplimiento de las condiciones de habilitación expedida por las secretarías de salud departamental o distrital. En consecuencia, en el período junio 1–22 de noviembre de 2019, se gestionaron 124 visitas previas a los proponentes de nuevos servicios de oncología, con resultado de 80 servicios habilitados, 24 no

habilitados y 20 visitas fallidas. Los departamentos y distritos en los cuales se presentaron el mayor número de solicitudes fueron Atlántico, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Cesar.

Tabla 20. Visitas de verificación servicios nuevos de oncología 2012-2019, por grupo de servicio

Tipo de Servicio	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Consulta Externa	212	53	110	132	123	136	108	83	957
Quirúrgicos	31	11	31	16	32	14	18	15	168
Quimioterapia	30	4	17	11	12	9	7	4	94
Radioterapia	3	1	6	5	2	1	3	2	23
Medicina Nuclear	0	1	4	2	2	1	1		11
Total	276	70	168	166	171	161	137	104	1.253

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

Así mismo, la Oficina de Calidad del MSPS preside el Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación, a través del cual se revisaron y recomendaron los Manuales de Estándares de Acreditación de Imagenología y el Manual de Estándares de Laboratorios Clínicos, siendo expedida la **actualización del Manual de Estándares de Acreditación para Laboratorios Clínicos de Colombia V 2.0**, mediante la Resolución 207 del 17 de febrero de 2020.

Del periodo de junio del 2019 a la fecha, fue otorgada la acreditación, por el ente acreditador en salud ICONTEC, a 5 nuevas IPS: Corporación Juan Ciudad (Hospital Universitario Mayor Mederi-Hospital Universitario Barrios Unidos), Empresa Social del Estado Salud del Tundama, Clínica de la Mujer SAS, Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE y Hospital San Vicente de Paul de Nemocón ESE. Adicionalmente, le fue otorgada la categoría de excelencia al Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt.

2.11.2 Habilitación de Unidades Funcionales de Atención de Cáncer de Adultos e Infantil

Durante el período se continuó con la implementación de la Resolución 1477 de 2016 sobre habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto-UFCA y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil-UACAI, mediante el apoyo a las Entidades Territoriales de Salud para el fortalecimiento de sus capacidades para la asistencia técnica a los prestadores de su jurisdicción y de verificación de las condiciones de habilitación.

A la fecha se cuenta con una UACAI habilitada, que corresponde a la IPS Hospital Infantil Los Ángeles de Pasto y están en proceso de postulación las IPS: Fundación Valle de Lili de Cali, Clínica Materno Infantil San Luis de Bucaramanga y una Red Integral de Prestación de Servicios de Salud conformada por la EPS Sanitas en el Departamento de Santander. Con respecto a las UFCA, se

encuentran dos habilitadas: la IPS Fundación Hospital San Pedro de Pasto y la IPS Sociedad Médica Rionegro–SOMER S.A. de Rionegro; en tanto están en proceso de postulación las IPS: Clínica Colsanitas S.A. de Bogotá, Clínica la Estancia S.A. de Popayán, Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida de Medellín, Clínica Oncológica Aurora SAS de Pasto, y Fundación Valle de Lili de Cali.

2.11.3 Habilitación de Centros de Referencia de Diagnóstico, Tratamiento y Farmacia para la Atención de Enfermedades Huérfanas

Se prosiguió con la implementación de 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”, con el propósito de garantizar la atención integral a las personas que padecen tales enfermedades.

2.11.4 Habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud

Se continuó con la implementación de la 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-RIPSS”, modificada por las Resoluciones 5401 de 2018 y 1344 de 2019 con relación al plazo para la realización de la solicitud de habilitación por parte de las EPS, y del plazo y posterior revisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Las RIPSS constituyen un instrumento para garantizar la prestación efectiva de los servicios de salud, bajo atributos de integralidad, continuidad, calidad y resolutivez, con acceso adecuado y pertinente para la población, optimización de los recursos humanos, de infraestructura, de tecnología, así como la sostenibilidad financiera.

Para su especificación, la regulación expedida determinó que el Departamento o Distrito donde está autorizado para operar la EPS o la Superintendencia Nacional de Salud habilita la RIPSS, si se verifica el cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación de acuerdo con lo definido, incluyendo los análisis de suficiencia de red. Con base en lo anterior, estas instituciones en 2019 dieron concepto respecto a la habilitación de las RIPSS, en los cuales, de las 323 solicitudes de habilitación de redes de las EPS en los departamentos y distritos, a la fecha se encuentran 179 habilitadas (55,4%), 106 no habilitadas (32,8%) y 38 territorios con revocatoria de operación (11,8%).

2.12. FORTALECIMIENTO DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD

Con el fin de lograr niveles superiores de calidad en la prestación de servicios a los exigidos en la habilitación, se expidió la Resolución 207 del 17 de febrero de 2020 que adoptó el **Manual de Estándares de Acreditación para Laboratorios Clínicos**, Versión 2.0, producto de la revisión de las innovaciones del sector, evolución de las mejores prácticas y metodologías basadas en la evidencia científica, la evaluación de los estándares aplicables y su articulación con la Política de Calidad en Salud, observaciones de expertos y del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación, y en cumplimiento de los principios de la Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud – ISQUA. De forma complementaria, se avanza en la elaboración de la **propuesta de Manual de Estándares de Acreditación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios de baja complejidad** Versión 1.0, tomando en consideración insumos trabajados con el ICONTEC, bajo un enfoque de atención con calidad y centrado en el paciente, la promoción y mantenimiento de la salud, estándares y criterios basados en la atención primaria de salud, salud familiar y comunitaria, y teniendo en cuenta la diversidad territorial y poblacional.

Así mismo, para apoyar la acreditación de Empresas Sociales del Estado, se les brinda asistencia técnica para dicho proceso, como el Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche de Santa Marta y Hospital Universitario San Jorge de Pereira, al igual que al Hospital Fray Luís León de Plato–Magdalena, entre otros.

2.13. NUEVO MARCO REGLAMENTARIO PARA TELESALUD Y TELEMEDICINA

Se expidió la **Resolución 2654 del 3 de octubre de 2019**, por la cual se establecen disposiciones para la **telesalud** y parámetros para la práctica de la **telemedicina** en el país, que contiene estándares modernos y cumplibles, a la par que favorece la organización de redes con resolutividad, accesibilidad, calidad y eficiencia; para cuya implementación se presta asistencia técnica a entidades y prestadores. De igual modo, se cuenta con **propuesta del Plan Nacional de Telesalud**, que tiene como objetivo mejorar el acceso, continuidad, oportunidad y calidad de la atención clínica, impactar la salud pública y la educación para la salud, mediante el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

En el marco de la pandemia por COVID-19, se promueve la telesalud y las modalidades de atención como la domiciliaria y la telemedicina para el seguimiento o atención de las personas en aislamiento o con infección confirmada, como alternativa para frenar la propagación de este virus de gran transmisibilidad. En este sentido, la **Resolución 521 de 2020** “Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento durante la emergencia sanitaria por COVID 19”, establece para cada uno de los grupos poblacionales para la atención domiciliaria en salud, medios como los telefónicos, virtuales y la telesalud.

La **Resolución 536 de 2020** “Por la cual se adopta el plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-Cov-2 (COVID 19)”, estipula como responsabilidad de las DTS, EAPB y prestadores de servicios de salud, el fortalecimiento y uso de la modalidad de telemedicina como una medida para fortalecer el aislamiento social, garantizar el acceso, mitigar las posibles saturaciones de la capacidad instalada e insuficiencia de talento humano, proteger grupos de mayor riesgo, y prevenir la transmisión del virus.

De igual modo, el **Decreto Legislativo 538 de 2020** “Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica”, señala la implementación de modelos de atención que incluyan la telesalud y la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina, a la par que determina algunas medidas respecto de la habilitación de servicios y modalidades, mediante la autorización transitoria para su prestación por las secretarías de salud departamentales o distritales, y establece condiciones temporales para la implementación de plataformas tecnológicas para la telesalud.

2.14. INTEROPERABILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Se definió y avanzó en el desarrollo del modelo operativo para la Interoperabilidad de la Historia Clínica-IHC con 7 ejes:

- Planeación estratégica. Se adelantaron mesas técnicas con actores en la cuales se concertaron 57 variables para los datos vitales para iniciar la interoperabilidad, y se realiza la revisión de los contenidos, parámetros y catálogos del conjunto de datos clínicos relevantes para la IHC.

- **Diseño operacional.** Se ejecutó un contrato con la Agencia Nacional Digital-AND, con el que se realizó el diseño de la arquitectura del mecanismo de interoperabilidad, se construyeron y se pilotearon 2 servicios web (identificación y resumen de atención) entre el Instituto Nacional de Cancerología y el Hospital Méderi. Con la finalización del diseño se inició la planeación del desarrollo de la arquitectura de IHC.
- **Códigos y estándares.** Se estableció el protocolo metodológico para los estándares (variables, terminología, formato, estructura, documentación, transporte de datos, seguridad y servicios), se realizaron mesas de trabajo entre MSPS-MinTic para la priorización y toma de decisiones sobre estándares, se estableció el modelo de evaluación de estándares de mensajería, y se construyó el proyecto de resolución de las 57 variables.
- **Tecnología.** Se construyó el Modelo de Madurez Tecnológica para la interoperabilidad de los datos de la historia clínica en los prestadores y se realizaron 2 pilotos, con una aplicación del modelo con respuesta de 1.400 IPS. Se inició la coordinación MSPS, MinTic y AND para implementación de X-Road como plataforma de interoperabilidad y se diseñó la arquitectura del mecanismo de IHC.
- **Talento humano.** Se identificaron las competencias digitales para la implementación de la IHC y se avanzó en la concertación para su adopción. Se adelantó en la inclusión de currículos de competencias digitales en la formación del personal de salud, se identificaron cursos gratuitos y se dispusieron para su inclusión en el micro sitio de Transformación Digital del MSPS. Así mismo, se publicó el documento de perfiles de competencias digitales en el repositorio del MSPS y se comenzó el trabajo con el SENA para el desarrollo del programa virtual para competencias digitales del sector salud.
- **Marco legal.** Se acompañó la expedición de la Ley 2015 del 31 de enero de 2020 y se avanzó en la construcción del proyecto de decreto por el cual se adiciona el Capítulo 11 al Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con la interoperabilidad de datos de la historia clínica, el cual se encuentra en revisión. Se adelanta la formulación del proyecto decreto sobre protección de datos y se cuenta con primer borrador de la resolución sobre el conjunto de elementos de datos para la IHC.

- **Financiamiento y sostenibilidad:** se finalizó la primera versión del modelo de inversión y se está trabajando en la formulación del proyecto tipo/oferta como opción para instituciones públicas.

2.15. IMPLEMENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA EN EL SECTOR

El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales–DIAN y con los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud ha desarrollado acciones para la implementación de la factura electrónica en el sector salud no sólo para los obligados por la DIAN, sino para que todos los prestadores de servicios de salud puedan expedir la factura electrónica para el cobro de los servicios y tecnologías en salud.

Es así como en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley 1966 del 11 de julio de 2019 “Por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, acerca de la factura electrónica en salud, el Ministerio elaboró y publicó en el mes de marzo de 2020 el proyecto de decreto mediante el cual se fijan los lineamientos para la factura electrónica en el sector salud, el cual se encuentra en revisión de comentarios y ajuste, en el marco de los procedimientos para su expedición.

2.16. MECANISMO DE AJUSTE EX POST ATADO A CALIDAD EN CÁNCER

Se incorporó un mecanismo de ajuste ex post atado a calidad en cáncer (que incluye la evaluación de la gestión clínica) en la Cuenta de Alto Costo–CAC. Con la Resolución 3339 de 2019, se estableció e implementó el mecanismo de cálculo para definir los montos de aporte y giro sobre los recursos de la UPC para las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar–EOC, así como su distribución,

Tiene por objeto incentivar la gestión del riesgo de cáncer de conformidad a través de indicadores, once (11) cánceres priorizados desde una perspectiva epidemiológica, de carga de enfermedad y de interés en salud pública (a saber: mama, cuello uterino, colon y recto, estómago, próstata, tráquea, bronquios y pulmón, leucemia linfocítica aguda-LLA en niños, LLA en adultos, leucemia mieloide aguda-LMA en niños, LMA en adultos y linfoma no Hodgkin en adultos).

El mecanismo será administrado financieramente por la CAC. Las EPS obtendrán los recursos según dos criterios: el 25% con ocasión de las prevalencias de los 11 tipos de cáncer y el 75% por gestión, resultados y cuidado del paciente.



Fuente: Minsalud (@MinSaludCol)

2.17. AVANCES EN LA REPLICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN “PRE-TUTELAS”

Se ha replicado el modelo exitoso de gestión "pre-tutelas" de Caldas, en Boyacá y con algunos avances en Bogotá. Consiste en un modelo de gestión innovador que tuvo a Caldas como pionero. Establece una ruta abreviada para resolver una situación real al ciudadano y evitar la vía de la tutela. Es un sistema que ha demostrado ser capaz de resolver más del 80% de los casos. Así, en Caldas, se están reduciendo las tutelas por problemas de afiliación al sistema de salud, la demora en asignar una cita, la necesidad de un procedimiento médico, pruebas de laboratorio o la entrega de medicamentos, entre otros.

Se ha logrado con la implementación de una Oficina de Gestión en la ciudad de Manizales. Busca resolver en 48 horas o menos las causas que llevan a un ciudadano a interponer el recurso legal de la tutela. La estrategia ha sido implementada por la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC), con el concurso de los prestadores de servicios, organismos de control y la Supersalud. La oficina está ubicada en el Palacio de Justicia de Manizales, al lado de donde se radican las tutelas. A ella acceden los ciudadanos para revisar si su caso tiene una solución en 48 horas. Si no se atiende efectivamente en ese tiempo, la persona puede presentar el recurso.

Es una estrategia ejemplar pues se anticipa a las situaciones que llevan a los usuarios a interponer tutelas ante el sistema de salud y les plantea una ruta

expedita en la que todos los actores del departamento realizan las gestiones pertinentes, para resolver sus casos. Estas soluciones descongestionan el sector judicial y le dan una respuesta efectiva al ciudadano, evitando un sobrecosto para todo el sistema legal y mejorando el acceso y el cumplimiento de las expectativas en salud de los usuarios. Una vez la persona radica su caso en la oficina, se activa un protocolo desde un software construido por la misma DTSC, que notifica inmediatamente a EPS y demás partes para que gestionen la solución. Las acciones y tiempos de respuesta van quedando registradas en el sistema. Con esta iniciativa se les resuelve a las personas, por una vía menos difícil y engorrosa, las dificultades que puedan haber tenido para el acceso a los servicios de salud. Tras el éxito de la iniciativa, la DTSC proyecta llevar una Oficina de Gestión a cada uno de los 27 municipios del departamento; Boyacá también ha avanzado en replicar este modelo.

2.18. EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

Este análisis cubre la provisión de servicios, tanto público como privado. Evalúa el estado de la calidad de la atención en el sector salud en Colombia, valiéndose de comparaciones internacionales. Evalúa las estrategias, políticas, regulaciones y capacidad del sector para mejorar la calidad de la atención. Su metodología se vale de las buenas prácticas internacionales y la evidencia científica respecto de los determinantes de sistemas de salud de alto desempeño. Los resultados, conclusiones y recomendaciones de esta evaluación (y sobre las cuales el Ministerio y el Gobierno Nacional, está avanzando) se encuentran disponibles en <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/publication/external-assessment-of-quality-of-care-in-the-health-sector-in-colombia>, entre los cuales se resalta mejoras sobresalientes en la cobertura de la atención en salud, siendo la calidad de la atención un reto clave para la sostenibilidad del sector, especialmente en áreas remotas y rurales y para las poblaciones más vulnerables.

En noviembre de 2019 se llevó a cabo la socialización de los resultados del estudio en el marco del III Foro Nacional de Calidad del Sector Salud en las ciudades de Bogotá, Medellín y Barranquilla, presentando los principales hallazgos y recomendaciones con medidas orientadas hacia la promoción de la excelencia y la atención en salud de alta calidad en Colombia, tales como “Desarrollar e implementar un modelo de atención integrado focalizado en la atención primaria en salud , Mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y contratación para incentivar la calidad y Fortalecer la capacidad para la mejora continua de calidad en el sector salud”.

2.19. PLAN NACIONAL DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD EN SALUD

El Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) 2016-2021 es una respuesta a la exigencia normativa dada por la Ley 1438 de 2011, en su artículo 107, el cual estructura su propuesta en torno a tres ejes:

- Las personas como centro y finalidad del sistema.
- La calidad a partir de un enfoque sistémico.
- La transformación de la gestión del sistema mediante procesos de autoevaluación, dirigidos hacia capacidades de ajuste, mejora continua e innovación.

El plan propone las principales estrategias y acciones para que se impulsen modelos de gestión orientados a la excelencia y al mejoramiento continuo en salud. Dentro de los objetivos específicos se plantea impulsar la humanización, la seguridad, la transparencia y se expone la importancia del desarrollo de habilidades y capacidades para el talento humano en salud. Es así como la Oficina de Calidad del MSPS, en virtud del liderazgo en la construcción, implementación y seguimiento del PNMCS, realiza seguimiento cuantitativo y cualitativo de las metas generando un corte anual con el objetivo de promover el cumplimiento de las mismas en el horizonte de tiempo previsto conforme a la vigencia del Plan que va hasta el 2021, donde se resalta resultados relacionados con: Fortalecimiento de la acreditación en salud, nueva reglamentación en el marco de los derechos y deberes de los usuarios, implementación del modelo de asistencia técnica aportando al fortalecimiento de capacidades técnicas de las Direcciones Territoriales de Salud en temas de calidad en salud con una mayor cobertura, aplicación de la encuesta de satisfacción de los servicios de las EPS suministrando información que permite empoderar al usuario en la toma de decisiones y avance en la construcción de lineamientos de humanización en salud, entre otros resultados, que aportan al mejoramiento de la calidad en el sector salud en Colombia

2.20. CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

En virtud de la orden vigésimo octava de la Sentencia T-760 proferida por la Corte Constitucional, la cual se refiere a la falta de información de los usuarios frente a sus derechos y deberes en el sistema y frente al desempeño de sus

EPS, en el marco de un proceso continuo de mejoramiento, el Ministerio ha adelantado las siguientes acciones:

- Se expidió la Resolución 229 del 20 de febrero de 2020 “por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud–EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”, la cual deroga la Resolución 4343 de 2012 para ajustar o modificar su contenido en lo relativo a temas de: entrega de las cartas; conceptos como la movilidad y portabilidad en el Sistema de Salud y muerte digna, entre otros.
- Se ha verificado de manera constante la entrega y el contenido de las Cartas de Derechos y Deberes y de Desempeño de las EPS; en tal sentido se realizó una verificación detallada, que se informó a la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que realice su labor de inspección, vigilancia y control. Es así como para el periodo de reporte de este documento, se han elaborado y enviado a dicha entidad, tres (3) informes relativos al cumplimiento en los contenidos de las cartas y tres (3) informes relativos a la verificación de su entrega efectiva a los usuarios.
- Se enviaron a todas las EPS del país las estadísticas de los últimos dos años sobre el cumplimiento frente al contenido de la Carta de Derechos y Deberes y Carta de Desempeño, con su respectivo análisis, con el fin de que detecten las fallas en que han venido incurriendo y procedan a subsanarlas con miras a que sus afiliados dispongan de una información completa y actualizada.

2.21. REPORTE DE NEGACIONES DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD

El 31 de diciembre de 2019 se expidió la **Resolución 3539 de 2019**, la cual modifica la periodicidad del reporte de la Resolución 256 de 2016-Sistema de Información para la calidad, la cual se venía reportando de manera semestral y ahora es de manera trimestral.

Quedó establecido de la siguiente manera:

“Artículo 9. Adicionase un párrafo al artículo 6 de la Resolución 256 de 2016, del siguiente tenor:”

“Párrafo. Las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, reportarán la información requerida al amparo de esta resolución, de forma trimestral,

dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la terminación del respectivo trimestre. Vencido este plazo sin que se allegue dicha información, la correspondiente novedad se reportará a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia".

De esta manera se podrá contar con información más oportuna sobre la calidad de la atención en salud por parte de los diferentes actores del SGSSS.

2.22. MODELO DE ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA CALIDAD

La Oficina de Calidad del MSPS ha definido un modelo de asistencia técnica territorial, dirigido a las Entidades Territoriales de Salud-ETS y demás agentes del Sistema, el cual se implementa en las siguientes fases: fase I, año 2019, 10 ETS; fase II, año 2020, 11 ETS y fase III, año 2021, 12 ETS.

El modelo de asistencia técnica es un proceso orientado al desarrollo de capacidades técnicas articuladas en las Direcciones Territoriales de Salud mediante la identificación, priorización y solución de problemáticas del territorio e integración intersectorial con los diferentes agentes del sistemas, orientados al logro de niveles superiores de calidad en IPS; a fin de contribuir con el mejoramiento de la gestión territorial y alcanzar los resultados en salud; generando además, escenarios de concertación, aprendizaje colaborativo y transformaciones sostenibles. En este orden de ideas se describe en tres líneas de acción:

- Gestión de la Información para la Calidad
- Mejoramiento continuo hacia niveles superiores de Calidad
- Mejoramiento de la experiencia de las personas en el sistema de salud (Humanización). El mismo, se desarrolla en tres etapas:
 - ✓ Planeación. Comprende el diagnóstico y priorización de necesidades y la formulación del plan de asistencia técnica
 - ✓ Articulación e Implementación. Consiste en realizar acuerdos para coordinar las acciones de las diferentes líneas de acción sobre los cuales se enfocará el plan de trabajo y cuyo producto es formular la agenda de trabajo y se realiza en tres momentos, alistamiento, ejecución de acciones según la agenda de trabajo definida y elaboración del informe y retroalimentación de las acciones desarrolladas
 - ✓ Monitoreo y evaluación. La cual se realiza conforme a la periodicidad definida en el plan de trabajo con cada Entidad territorial.

La primera fase fue desarrollada en las 10 DTS de Valle del Cauca, Tolima, Huila, Santander, Norte de Santander, Quindío, Cauca, Caldas, Risaralda y Magdalena, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 21. Primera fase

SECRETARÍA DE SALUD	ASISTENTES ETAPA 1				ASISTENTES ETAPA 2				No. DE ASISTENTES ETAPA 3				ASISTENTES CONSOLIDADO POR ACTORES Y POR DEPARTAMENTO				TOTAL POR DTS	
	DTS	EPS	IPS	Sub-total	DTS	EPS	IPS	Sub-total	DTS	EPS	IPS	Sub-total	DTS	EPS	IPS	Sub-total	#	%
1 Santander	3	3	40	46	8	6	98	112	2	0	31	33	13	9	169	191	191	21%
2 Norte de Santander	4	0	40	44	15	1	85	101	1	0	6	7	20	1	131	152	152	16%
3 Valle del Cauca	7	0	21	28	3	0	45	48	7	0	55	62	17	0	121	138	138	15%
4 Cauca	13	0	5	18	5	2	51	58	1	0	24	25	19	2	80	101	101	11%
5 Caldas	13	6	31	50	18	0	0	18	8	0	18	26	39	6	49	94	94	10%
6 Tolima	9	2	6	17	3	4	46	53	2	0	5	7	14	6	57	77	77	8%
7 Quindío	11	2	33	46	6		15	21	2	0	2	4	19	2	50	71	71	8%
8 Magdalena	14	0	6	20	12	0	2	14	2	0	0	2	28	0	8	36	36	4%
9 Risaralda	12	2	9	23	3		5	8	1	0	1	2	16	2	15	33	33	4%
10 Huila	13	1	16	30				0	2	0	0	2	15	1	16	32	32	3%
TOTAL REPORTADO	99	16	207	322	73	13	347	433	28	0	142	170	200	29	696	925	925	
PARTICIPACIÓN %	35%				47%				18%				22%	3%	75%			

Fuente: Oficina de Calidad-Consolidado implementación I fase del modelo de asistencia técnica, año 2019

La segunda fase se está desarrollando en el año 2020 en 11 DTS: Nariño, Sucre, Casanare, Caquetá, Córdoba, Atlántico, Bolívar, Cesar, San Andrés, Amazonas, La Guajira, cuyo avance con corte a 31 de mayo es el siguiente:

Tabla 22. Segunda fase

SECRETARÍA DE SALUD	ASISTENTES ETAPA 1				ETAPA 2				ASISTENTES ETAPA 3				ASISTENTES CONSOLIDADO POR ACTORES Y POR DEPARTAMENTO				TOTAL POR DTS	
	DTS	EPS	IPS	Sub-total	DTS	EPS	IPS	Sub-total	DTS	EPS	IPS	Sub-total	DTS	EPS	IPS	Sub-total	#	%
11 Nariño	7	16	27	50	3			3				0	10	16	27	53	53	14%
12 Sucre	6	5	54	65	1			1				0	7	5	54	66	66	17%
13 Casanare	4	4	73	81	3			3				0	7	4	73	84	84	22%
14 Caquetá	3	4	33	40	9			9				0	12	4	33	49	49	13%
15 Córdoba	14	3	25	42	2			2				0	16	3	25	44	44	12%
16 Atlántico	5	1	21	27				0				0	5	1	21	27	27	7%
17 Bolívar	8	3	27	38				0				0	8	3	27	38	38	10%

SECRETARÍA DE SALUD	ASISTENTES ETAPA 1				ETAPA 2				ASISTENTES ETAPA 3				ASISTENTES CONSOLIDADO POR ACTORES Y POR DEPARTAMENTO				TOTAL POR DTS	
	DTS	EPS	IPS	Sub-total	DTS	EPS	IPS	Sub-total	DTS	EPS	IPS	Sub-total	DTS	EPS	IPS	Sub-total	#	%
18 Cesar	4			4	6			6				0	10	0	0	10	10	3%
19 San Andrés	2			2				0				0	2	0	0	2	2	1%
20 Amazonas	3			3				0				0	3	0	0	3	3	1%
21 Boyacá	4	0	0	4				0				0	4	0	0	4	4	1%
Total	60	36	260	356	24	0	0	24	0	0	0	0	84	36	260	380	380	100%

Fuente: Oficina de Calidad–Avance consolidado implementación II fase del modelo de asistencia técnica, año 2020

2.23. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS EPS

Se suscribió el contrato 678/19 con fecha de inicio septiembre 9 de 2019, con objeto "Revisar y ajustar el diseño técnico, el levantamiento en campo, la validación, la tabulación y análisis de los resultados de la Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el Régimen Contributivo y Subsidiado"; como resultado se obtuvo:

- Revisión, definición y ajustes al formulario a aplicar en la encuesta con grupo interadministrativo del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Se revisó y ajustó el diseño muestral y realizó prueba piloto de la encuesta en las ciudades de Bogotá, Samacá, Soledad y Candelaria, con más de 25 encuestas efectivas en cada ciudad.
- Se realizó operativo de campo para la recolección de la encuesta a usuarios de EPS, con un total de 23.771 encuestas efectivas. Se visitaron 101 municipios de los 32 departamentos y el Distrito Capital.
- Se elaboró informe final de resultados de la encuesta. Publicación de resultados de la encuesta <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>
- Algunos indicadores trazadores de la encuesta son:
 - ✓ Experiencia satisfacción global 70,6%
 - ✓ Acceso a los servicios de salud es del 67,4%
 - ✓ Recomendaría su EPS a un familiar o amigos el 78,3%
 - ✓ No cambia su EPS actual el 85,9%

2.24. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE ACTORES

Se elaboró y publicó el 1º de mayo de 2020 el Informe del Sistema de Evaluación y Calificación de Actores de la vigencia 2020. Lo anterior en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011²⁷.

El documento publicado da cuenta del cumplimiento de los diferentes actores del SGSSSS (IPS, EPS y ETS), en diferentes aspectos de la calidad de la atención en salud, como son: la efectividad, la seguridad y la experiencia de la atención. Se muestran los resultados de los indicadores por actor y los mismos son ordenados de manera que se puede observar quien obtuvo menor o mayor resultado. Así mismo, los resultados son semaforizados para conocer el nivel de cumplimiento de los actores frente a la temática en la que está haciendo evaluado.

El documento para la vigencia 2020 se encuentra de manera pública en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/RID/sistema-calificacion-actores-2020.pdf>

2.25. OBSERVATORIO NACIONAL DE CALIDAD

Conforme a las necesidades, se realizó actualización y/o inclusión de contenidos en el Observatorio Nacional de Calidad en temas como: Diseño Preliminar de Modulo de Humanización, Guía Práctica Clínica, Sistema de Evaluación y Calificación de Actores-Difusión de indicadores 2019, Resultados de Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios 2018, reporte de Indicadores Resolución 256 de 2016 de IPS, EAPB, DTS (Primer Semestre: 01-01-2018 al 30-06-2018), Actualización de IPS Acreditadas, Presentaciones del III Foro Nacional de Calidad-Sector Salud 2019.

²⁷ Ley 1438 de 2011. Artículo 111. como resultado de la aplicación de los indicadores, el Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las direcciones territoriales de salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permita conocer públicamente a más tardar el primero (1) de marzo de cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos.

2.26. AVANCES EN LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN

Se desarrolló una Propuesta de Política Nacional de Humanización bajo el liderazgo de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, orientada a generar cultura de humanización en el sector salud, a través de: el empoderamiento y transversalización de la humanización en el desarrollo normativo y estratégico que impulsen la gestión centrada en la persona y familia, el fortalecimiento de vínculos entre agentes del sector, la dignificación del talento humano en salud; la participación sistémica y cocreadora entre los agentes del sector y la ciudadanía; el fortalecimiento de habilidades y capacidades en el talento humano en salud; el fortalecimiento de las relaciones interpersonales entre las personas -personal de salud- organizaciones; la creatividad, innovación e investigación que genere estrategias de humanización de acuerdo a la realidad, a la diversidad, a la población y la cultura de los territorios.

Se han ejecutado estrategias de participación, aportes y sugerencias para su formulación y divulgación como:

- Conformación de Mesa de Trabajo de Humanización y Red Colaborativa, la cual contó con la participación de la academia, diferentes dependencias del Minsalud interesadas, expertos en humanización, agentes del sector, representante de asociación de usuarios y ciudadanía.
- Capacitación, sensibilización y divulgación de los avances en la Política de Humanización en escenarios como: Secretaría de Salud Distrital de Bogotá, Secretaría de Salud de Cundinamarca, Hospital Regional de la Orinoquía Yopal-Casanare, Valledupar (Cesar) en el Congreso de Humanización, Foro de Humanización “La Humanización en Todos y Todos por la Humanización en Salud” el cual se realizó de manera conjunta entre el Minsalud (Oficina de Calidad) y ACEHR, Asistencia Técnica en Protección Social del Adulto Mayor y Humanización en el Eje Cafetero, participación en el VII Foro Nacional de Acreditación en Salud-ICONTEC, con un total de participación de 1.927 personas.
- Articulación con el Modelo de Asistencia Técnica en el que se ha divulgado, socializado los avances para apoyo y sugerencias en 10 direcciones territoriales en el 2019.
- Participación como experto en el tema Calidad de la Atención y Humanización para el Curso Virtual “Humanización Materno Perinatal” Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Para la vigencia 2020, se encuentran en desarrollo las siguientes estrategias:

- Articulación con el Modelo de Asistencia Técnica en el que se ha divulgado, socializado los avances para apoyo y sugerencias en 11 direcciones territoriales.
- Trabajo colaborativo con la Red de Humanización para formular una propuesta de metodología para la Cultura de Humanización del Sector Salud.
- Alianza SENA-Minsalud en el diseño y complementación de Curso Virtual de Humanización de la Atención en Salud.
- Propuesta de diplomado para los funcionarios del Minsalud como estrategia de implementación y transversalización de la humanización.
- Apoyo para el Congreso Longevidad y Humanización por Fundación Participar en Armenia Quindío.
- Apoyo a la Semana de la Cultura de la Seguridad Social “Humanización”.
- Articulación con la dependencia de Talento Humano en Salud del Minsalud y "Grupo de Educación Interprofesionales en Salud" para desarrollar Plan de Trabajo 2020-2024 orientado desde la Propuesta de Política Nacional de Humanización para fortalecer las capacidades del Talento Humano en Salud.

3. DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO DEL SECTOR

Durante el periodo comprendido entre junio de 2019 y mayo de 2020, se cuenta con los siguientes avances:

3.1. REGLAMENTACIÓN DE LA LEY DE RESIDENTES Y SISTEMA DE RESIDENCIAS MÉDICAS

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1917 de julio de 2018, el Ministerio reglamentó varios aspectos del Sistema Nacional de Residencias Médicas-SNRM, mediante la **Resolución 1872 de julio de 2019**, entre ellos, las obligaciones del Ministerio, las Instituciones de Educación Superior-IES, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS, las condiciones del contrato especial de práctica formativa a suscribirse entre el residente, estudiantes de especialidades médico quirúrgicas, la IES e IPS, la administración de los recursos y giro del apoyo de sostenimiento educativo (3 SMMLV) por parte de la ADRES a la IPS y de esta al residente, el mecanismo para el reporte de información a través del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud-ReTHUS, el pago de la cotización a seguridad social (salud, riesgos laborales y pensión), el traslado de los residentes del programa de becas crédito Minsalud-ICETEX al SNRM y finalmente estableció que el SNRM entrará en operación a partir del segundo semestre de 2020.

En noviembre de 2019 con la expedición del **Decreto Ley 2106, Ley Antitrámites**, se modificaron los artículos sexto y séptimo de la Ley 1917/2018, en los artículos 96 y 97, indicando que para la administración de los recursos del SNRM, la ADRES podría celebrar convenio con el ICETEX o contrato con una entidad fiduciaria, además que el giro a los residentes se hará directamente desde la ADRES o el conveniente o contratante; también la ley indicó que el Ministerio haría la supervisión del convenio o contrato, y por otra parte señala que el aporte a seguridad social para los residentes se hará en salud y riesgos laborales.

Mediante la **Resolución 059 del 22 de enero de 2020**, se reglamentaron aspectos técnicos del SNRM, relacionados con el flujo de información del residente y el contrato especial de práctica formativa, que se realizará a través de un módulo

de residencias médicas en el ReTHUS, el cual se encuentra actualmente en desarrollo tecnológico. Así mismo se está avanzando en la expedición de nueva resolución reglamentaria modificando la Resolución 1872 lo que se incorporó en los artículos 96 y 97 el Decreto Ley 2106; y por otra parte se está avanzando en la generación de un manual operativo de guía para los actores del SNRM.

Con el fin de garantizar los recursos para la ayuda económica a 4.800 residentes, el Congreso de la República aprobó en el Presupuesto General de la Nación, para 2020, recursos por \$125 mil millones, de los cuales \$55 mil millones corresponden a recursos de inversión y \$70 mil millones a funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social; estos recursos se transferirán a la ADRES para su administración y giro a residentes beneficiarios del SNRM.

3.2. PROGRAMA BECAS CRÉDITO

Durante el periodo de este informe, junio 2019 a mayo de 2020, se beneficiaron en promedio a 2.645 profesionales de la salud estudiantes de especializaciones que requieren prácticas formativas, para lo cual se destinaron recursos por \$39.531 millones y se prevé el último giro del segundo trimestre de 2020 por \$13.694 millones; los cuales fueron administrados por el ICETEX de acuerdo con el Convenio 256 de 1995, Minsalud-ICETEX (Ley 100/93). En este periodo se beneficiaron estudiantes de las siguientes especialidades:

Tabla 23. Estudiantes Beneficiados por Especialidad

ESPECIALIZACIÓN	BENEFICIARIOS
Especialización en anestesiología	105
Especialización en anestesiología y medicina perioperatoria	16
Especialización en anestesiología y reanimación	120
Especialización en cirugía general	263
Especialización en cirugía pediátrica	1
Especialización en cirugía plástica, estética, maxilofacial y de la mano	3
Especialización en cirugía plástica, reconstructiva y estética	1
Especialización en dermatología	23
Especialización en dermatología y cirugía dermatológica	2
Especialización en ginecología y obstetricia	325
Especialización en medicina crítica y cuidados intensivos	17
Especialización en medicina de emergencias	5
Especialización en medicina de urgencias	25
Especialización en medicina familiar	146
Especialización en medicina familiar integral	43
Especialización en medicina familiar y comunitaria	17
Especialización en medicina interna	465
Especialización en medicina interna - geriatría	8
Especialización en neurocirugía	61
Especialización en neurología	37

ESPECIALIZACIÓN	BENEFICIARIOS
Especialización en neurología clínica	8
Especialización en neurología pediátrica	1
Especialización en oftalmología	1
Especialización en ortopedia y traumatología	173
Especialización en otorrinolaringología	15
Especialización en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello	7
Especialización en pediatría	431
Especialización en psiquiatría	121
Especialización en psiquiatría y salud mental	6
Especialización en radiodiagnóstico	3
Especialización en radiología	51
Especialización en radiología e imágenes diagnósticas	99
Especialización en urología	46
TOTAL	2.645

Fuente: MSPS. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Desde el inicio del programa en 1996 hasta la fecha se han beneficiado más de 22.300 estudiantes de especialidades en salud, al cual se han destinado alrededor de \$628.855 millones. En la siguiente tabla se presenta la relación de aportes de la Nación al programa:

Tabla 24. Aporte de Recursos de la Nación al Programa Beca Crédito

Año	Adiciones presupuestales Fondo Minsalud-Icetex (pesos corrientes)				
	MSPS	ICETEX	MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	COLCIENCIAS FIS	Total
1995	\$2.600.000.000	\$2.680.000.000	\$0	\$0	\$5.280.000.000
1996	\$3.748.690.279	\$2.983.032.480	\$0	\$0	\$6.731.722.759
1997	\$4.162.248.981	\$4.126.309.000	\$0	\$0	\$8.288.557.981
1998	\$5.586.000.000	\$5.560.454.000	\$0	\$0	\$11.146.454.000
1999	\$6.478.058.162	\$6.478.057.810	\$0	\$0	\$12.956.115.972
2000	\$7.515.000.000	\$7.125.625.000	\$0	\$0	\$14.640.625.000
2001	\$7.850.000.000	\$7.850.000.000	\$0	\$0	\$15.700.000.000
2002	\$11.767.294.000	\$5.000.000.000	\$0	\$0	\$16.767.294.000
2003	\$4.314.070.000	\$6.000.000.000	\$0	\$0	\$10.314.070.000
2004	\$6.109.000.000	\$7.725.000.000	\$0	\$0	\$13.834.000.000
2005	\$8.000.000.000	\$8.000.000.000	\$0	\$0	\$16.000.000.000
2006	\$9.469.169.000	\$9.469.190.000	\$0	\$0	\$18.938.359.000
2007	\$9.847.957.600	\$0	\$9.871.630.575	\$0	\$19.719.588.175
2008	\$10.200.000.000	\$0	\$10.240.000.000	\$0	\$20.440.000.000
2009	\$11.000.000.000	\$0	\$10.573.000.000	\$0	\$21.573.000.000
2010	\$11.000.000.000	\$0	\$10.573.000.000	\$0	\$21.573.000.000
2011	\$11.000.000.000	\$0	\$13.606.256.110	\$0	\$24.606.256.110
2012	\$11.000.000.000	\$0	\$25.910.680.000	\$0	\$36.910.680.000
2013	\$11.000.000.000	\$0	\$30.776.941.970	\$0	\$41.776.941.970
2014	\$16.000.000.000	\$0	\$24.549.944.637	\$0	\$40.549.944.637
2015	\$17.800.000.000	\$0	\$19.254.510.022	\$0	\$37.054.510.022
2016	\$31.000.000.000	\$0	\$19.254.510.022	\$0	\$50.254.510.022
2017	\$31.000.000.000	\$0	\$9.000.000.000	\$20.000.000.000	\$60.000.000.000

Adiciones presupuestales Fondo Minsalud-Icetex (pesos corrientes)					
Año	MSPS	ICETEX	MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	COLCIENCIAS FIS	Total
2018	\$33.800.000.000	\$0	\$2.000.000.000	\$10.000.000.000	\$45.800.000.000
2019	\$53.000.000.000	\$5.000.000.000	\$0	\$0	\$58.000.000.000
Total	\$335.247.488.022	\$77.997.668.290	\$185.610.473.336	\$30.000.000.000	\$628.855.629.648

Fuente: MSPS. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

3.3. REGISTRO DE TALENTO HUMANO EN SALUD-RETHUS

El registro del personal de salud que ha cumplido con los requisitos para ejercer, de acuerdo con lo indicado en los artículos 18 y 23 de la Ley 1164 de 2007, se ha posicionado como un instrumento básico para realizar la gestión y planificación del talento humano en salud que requiere la población en cuanto a la prestación de los servicios de salud. Hoy el sistema de información cuenta con más de un millón cuatrocientos mil registros, de los cuales aproximadamente setecientos mil han sido identificados como vinculados a un prestador de servicios o ejerciendo su profesión de manera independiente, datos obtenidos de cruzar los registros del ReTHUS con registros de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes-PILA. En la siguiente tabla se presenta la relación de registros a nivel nacional:

Tabla 25. Títulos, ocupaciones y personas inscritas en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud-RETHUS

Nivel de formación	Número de personas	Número de registros
Auxiliar	538.435	658.321
Técnico profesional	10.365	13.085
Tecnología	46.629	65.539
Universitaria	461.806	667.660
Especialización	24.743	26.529
Total	1.081.978	1.431.134

Fuente: MSPS. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud
 Nota: en este conteo no se incluyen 18.954 registros históricos son inconsistencias

En noviembre de 2019 el Ministerio expidió la **Circular 036**, a través de la cual se convocó al Talento Humano en Salud-THS, en especial a los especialistas, para que mediante la inscripción en los colegios profesionales o las entidades territoriales de salud correspondientes, actualizaran sus novedades; con este llamado se obtuvo un aumento de aproximadamente diez mil nuevos registros de especialistas, en su mayoría médicos.

Actualmente con la información del ReTHUS y su cruce con otras fuentes del Sistema de Información de la Protección Social-SISPRO, se han obtenido datos

básicos para el análisis y planeación del talento humano en salud requerido para la atención de los pacientes sospechosos o con contagio del nuevo Coronavirus (COVID-19); lo cual le ha permitido al Gobierno Nacional proyectar estrategias y acciones para la atención de la emergencia sanitaria.

Tabla 26. Estimación de Talento Humano en Salud Disponible para la atención de la Emergencia por COVID 19 en los servicios de Hospitalización de menor complejidad, cuidado intermedio y unidades de cuidado intensivo.

Perfil	Estimación del Stock de THS Disponible para atender la emergencia
Intensivista	418
Especialistas *	2.516
Internista	836
Md. General	36.762
Enfermera	30.760
Terapeuta**	17.448
Auxiliar Enf.	129.125

Fuente: MSPS. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Notas: * Especialistas de anestesiología y cirugía general

** Terapeutas respiratorias y fisioterapeutas

El Stock de THS Disponible para atender la emergencia corresponde al 50% de la estimación del talento Humano disponible en el país

En paralelo, en febrero de 2020 se expidió la **Circular 007** a través de la cual se solicitó a los prestadores de servicios de salud del país diligenciar un formulario en línea colgado en la página web de Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de caracterizar y optimizar la información del THS del país, indicando perfiles, número de personas, horas disponibles, tipo de vinculación y vacantes. A 30 de abril de 2020 un número significativo de IPS ya habían cargado su información, ampliándose el plazo por 15 días hábiles más.

3.4. SIMPLIFICACIÓN DE TRÁMITES PARA LA AUTORIZACIÓN DEL EJERCICIO DE UNA OCUPACIÓN O PROFESIÓN EN SALUD

En el marco del **Decreto-Ley 2106 de 2019**, de acuerdo con los artículos 100 y 101, el Ministerio ha trabajado en la simplificación de trámites para que el talento humano en salud ejerza su profesión (pregrado o posgrado) u ocupación y cuente con el registro en el ReTHUS. Para esto el Ministerio ha trabajado con el Ministerio de Educación Nacional, en la formulación de mecanismos de interoperabilidad, que permitan que una vez obtenido el título o certificado de aptitud ocupacional, el personal de salud aparezca registrado en el ReTHUS.

Adicionalmente la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud del MSPS en su grupo de ejercicio y desempeño realiza tres trámites: Certificaciones de Idoneidad del Talento Humano en Salud con destino al exterior, autorización del ejercicio de la anestesiología y permisos transitorios para profesionales

extranjeros que llegan al país a realizar misiones de carácter social, humanística o de investigación.

Frente al primer trámite actualmente se realiza el ajuste para la simplificación, para lo cual se integrará con la cancillería en procedimiento del apostillaje del documento una vez se emita la certificación correspondiente, con lo cual se podrá obtener este trámite en línea, disminuyendo actividades a cargo del ciudadano y posiblemente disminuyendo tiempos para obtener la certificación requerida.

En el segundo trámite de autorización de la práctica de la anestesiología, no es posible simplificarlo más de lo que se encuentra en este momento, sin cambiar la Ley 6 de 1991, ya que en ella se determina que será el Ministerio de Salud quien deberá emitir esta autorización. Durante este periodo se han tramitado un total de 257 resoluciones de autorización dentro de los tiempos establecidos en la norma actual.

El tercer trámite que se realiza es el de permisos transitorios, solamente están a cargo del Ministerio los permisos para las profesiones de psicología y gerontología, los técnicos profesionales, los tecnólogos y las ocupaciones, pues para las demás profesiones de la salud ya se ha delegado esta función en los colegios de profesionales. A la fecha solo se han tramitado dos permisos que refleja un mínimo impacto sobre el ciudadano, pues el trámite se realizó en tiempo y con la eficiencia esperada, y las demás solicitudes a cargo del colegio correspondiente, se han tramitado en promedio en dos tercios del tiempo establecido para tal fin.

3.5. PROYECTO DE LEY PARA UN NUEVO ESTATUTO LABORAL PARA LOS TRABAJADORES DE LAS ESE

Actualmente en un trabajo articulado entre el Departamento Administrativo de la Función Pública, el Ministerio de Trabajo y de Salud y Protección Social, en desarrollo de las mesas de concertación laboral realizadas entre las centrales sindicales y el gobierno central, se está tramitando un proyecto de ley mediante el cual se otorgan facultades extraordinarias al Presidente de la República para establecer un sistema laboral especial para el talento humano en salud de las Empresas Sociales del Estado. Actualmente el proyecto de ley se encuentra en trámite para ser presentado al legislativo para su estudio y decisión. Dicho régimen laboral pretende ajustarse mejor a las condiciones del personal encargado de atender tal prestación, pues la particularidad de las condiciones

que los rigen hace necesario disponer de un régimen diferencial con el que aún no se cuenta.

3.6. MESA INTERSECTORIAL DE DIÁLOGO CON ASOCIACIONES GREMIALES DE LA SALUD

De manera coordinada, las carteras de Trabajo y Salud, con el fin de garantizar la protección del derecho de los trabajadores, han avanzado en varias líneas de acción como son: Generación de múltiples espacios de diálogo con las partes y con entidades públicas, trámite de actuaciones administrativas con fines sancionatorios; realización del Foro sobre el cumplimiento de la normatividad laboral en materia de seguridad social integral en el sector salud; suscripción del pacto por el trabajo decente en el sector salud el 5 de septiembre de 2019; y se ha promovido el diálogo social continuado con diferentes agremiaciones del sector de la salud.

De conformidad con lo anterior, desde 2012 se han suscrito 45 acuerdos de formalización laboral a nivel nacional con entidades públicas y privadas para garantizar la estabilidad en el trabajo en el sector Salud, de los cuales se beneficiaron 12.784 trabajadores.

Se encuentran en trámite 21 acuerdos de formalización laboral en todo en territorio nacional con el fin de aunar esfuerzos y garantías para los trabajadores del sector salud, de los cuales se beneficiarían 698 trabajadores.

- **Tribunales Nacionales de Ética Profesionales de la Salud.** Durante el periodo se emitieron 2 resoluciones sancionatorias a profesionales de la salud, como producto de la evaluación de segunda instancia de los tribunales de profesiones de la salud, y varias evaluaciones adicionales se encuentran en preparación. Adicionalmente, se realizaron las gestiones correspondientes para el giro de los recursos del PGN para el funcionamiento de los Tribunales de Medicina, Enfermería y Odontología.
- **Colegios Profesionales de la salud.** Durante el periodo se realizaron visitas de supervisión a todos los colegios profesionales de la salud, los cuales se encuentran desarrollado funciones públicas delegadas para el registro en ReTHUS de profesionales de la salud y la expedición de permisos transitorios, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007.

3.7. PROPUESTAS PARA EL PLAN NACIONAL DE ENFERMERÍA 2020-2030

En el interés de lograr un posicionamiento de la enfermería en Colombia, con el fin de lograr un mayor reconocimiento a la labor del Enfermero (a), el fortalecimiento de la formación, perfil y ejercicio, y así contribuir al robustecimiento de los equipos de salud, el MSPS, como integrante del Consejo Técnico Nacional de Enfermería, trabajó conjuntamente con las organizaciones de Enfermería (ANEC, ACOFAEN, CTNE, TNEE, ACOEEN, OCE) en la construcción del documento denominado “Plan Nacional de Enfermería (PNE) 2020-2030”.

Durante el segundo semestre del 2019 y primer semestre del 2020 se realizaron seis (6) encuentros en todo el país, donde participaron alrededor de 400 profesionales de enfermería para aportar con sus comentarios a los ajustes del documento. Así mismo, 60 profesionales hicieron aportes por medios virtuales. Dichos aportes se integraron al documento y actualmente se encuentra el PNE en la etapa de validación al interior de este Ministerio, para ser socializada posteriormente con otros Ministerios, así como, con otros actores relevantes del sector salud.

3.8. PROYECTO DE LEY PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

En cuanto al Servicio Social Obligatorio-SSO, se realizaron cuatro procesos de asignación de plazas para profesionales de Medicina, Enfermería, Bacteriología y Odontología, en las plazas disponibles en los diferentes municipios del país.

Se asignaron un total de 4021 plazas, de las cuales el 72% correspondieron a médicos, 13% a enfermeras, 9% a odontólogos y 5% a bacteriólogos. En estos procesos por insuficiencia de plazas se exoneraron 3.228 médicos, 4.085 enfermeras, 2.204 odontólogos y 658 bacteriólogos, quienes podrán iniciar el trámite correspondiente de inscripción en el ReTHUS y emisión de la tarjeta única de identificación para laborar en el territorio nacional en el colegio profesional correspondiente.

Hoy estos profesionales se vinculan a cada IPS o ESE mediante contrato formal de trabajo, por lo cual se les garantiza todas las prestaciones sociales y los beneficios que podrá generar su trabajo nocturno, dominical o festivo de acuerdo a las normas laborales actuales. Así mismo, se ha continuado el trabajo de optimización del aplicativo de asignación de plazas, con el fin de hacerlo mucho más preciso para atender situaciones de prioridad y preferencia de los inscritos.

En paralelo, se emitió concepto respecto al Proyecto de Ley 237 de 2019, con el fin de fortalecer el mismo, no solo con el fin de favorecer mejores condiciones para el ejercicio de los profesionales durante el tiempo de SSO, sino para generar mayor gobernabilidad para la disposición de plazas en lugares que requieren éste tipo de profesional y para la habilitación de plazas para egresados de especializaciones médico-quirúrgicas, como estrategia para dotar con éste tipo de especialistas a zonas con alta demanda de dichos perfiles.

3.9. FORMACIÓN CONTINUA

Se elaboró un proyecto de decreto que regula los lineamientos para poner en marcha el **Sistema de Formación Continua** para el talento humano en salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual estuvo en consulta pública en el mes de febrero y marzo de 2020 y en la actualidad se está realizando la consolidación de las observaciones sugeridas para su posterior ajuste.

- **Acciones para el fortalecimiento de la Formación Continua del THS**
 - ✓ Elaboración del documento técnico del Plan Nacional de Formación Continua, el cual se encuentra en revisión.
 - ✓ Gestión y desarrollo con oferentes externos aliados del Ministerio de Salud y Protección Social (SENA, OPS, ASCOFAME, etc.) de acciones de formación continua priorizadas por las dependencias del ministerio con base en las necesidades de la normatividad vigente y por los territorios de acuerdo a los Análisis de Situación de Salud y por otros actores del SGSSS, beneficiando a más de 6 mil personas del THS en Colombia, en su mayoría difundidas a través del programa AI Hospital.
 - ✓ Elaboración del repositorio con las acciones de formación continua, por oferente y por perfiles que incluye los temas priorizados por MAITE y AI Hospital.
- **Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano en Salud.** Se evaluaron 266 programas de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano en el área de Auxiliares en Salud, Mecánica Dental, Cosmetología y Estética Integral con los siguientes conceptos técnicos: 88 programas con información incompleta, 151 programa cumplió con la normatividad vigente y 27 programas que no cumplieron.

- **Docencia Servicio en los Programas de Educación Superior del Área de la Salud.** La Evaluación de Calidad de la Educación Superior se realizó mediante las sesiones virtuales y presenciales de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, conformada por los Viceministros de Educación Superior (Ministerio de Educación) y de Salud Pública y Prestación de Servicios (Ministerio de Salud y Protección Social). En las primeras, se realizó la evaluación de la relación docencia servicio de programas de educación superior del área de la salud. En el periodo comprendido entre junio de 2019 y abril de 2020, se realizaron 14 sesiones virtuales en las cuales se evaluaron 191 programas de educación superior del área de la salud con 829 escenarios de práctica con concepto favorable, junto con 53 escenarios con concepto no favorable y 26 recursos de reposición y 2 reconocimientos de hospital universitario.

En cuanto a las sesiones presenciales de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud-CITHS, se realizaron 2 sesiones junto con 6 reuniones de grupo de apoyo de la CITHS. Como avances intersectoriales, se presenta la entrega del Modelo de Evaluación de Escenarios de Práctica, con el cual se pretende evaluar escenarios clínicos según su nivel de complejidad en la prestación de los servicios y no clínicos institucionales y no institucionales. Por otra parte, se trabajó en la Resolución de Convalidaciones del Ministerio de Educación Nacional, en la cual se incluyó un artículo para que el MSPS o institución delegada participe en la evaluación que realiza la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación (CONACES) sobre aquellos programas nuevos en el país que no tengan denominación ni plan de estudios similar. Adicionalmente, se trabajó en la Resolución de Condiciones Específicas del Área de la Salud del Ministerio de Educación Nacional.

- **Análisis de la Pertinencia de los Nuevos Programas de Formación en el Área de la Salud.** El inciso final del artículo 101 de la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, establece que “Para determinar la pertinencia de los nuevos programas de formación en el área de la salud se requerirá concepto del Ministerio de la Protección Social”.

En el cumplimiento del mandato legal precitado, el Ministerio de Salud y Protección Social ha emitido 805 conceptos sobre la pertinencia de programas académicos de pregrado y posgrado de la educación superior en el área de la salud. De esos 805 conceptos, 107 han sido emitidos desde junio de 2019 a la fecha, en el siguiente sentido: 45 señalando que la formación propuesta es pertinente y 46 realizando observaciones a la formación propuesta.

Mediante estos conceptos, el Ministerio de Salud y Protección Social propende por que la formación del Talento Humano en Salud responda a las necesidades de salud de la población y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo en cuenta que así define la Ley 1154 de 2007 “Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud” en su artículo 12 y su artículo 13 modificado por el artículo 99 de Ley 1438 de 2011, la pertinencia en la formación del Talento Humano en Salud.

3.10. ASISTENCIA TÉCNICA EN MATERIA DE THS Y FORMACIÓN EN EL TERRITORIO

Con el fin de fortalecer las capacidades técnicas de las entidades territoriales, en cuanto a la gestión y planeación del talento humano en salud, en octubre y noviembre de 2019, se realizó asistencia técnica a las secretarías de salud de Magdalena, Distrito de Santa Marta, Atlántico, Distrito de Barranquilla, Córdoba, Valle del Cauca, Cali, Cauca y Nariño, brindando capacitación en el manejo de herramientas para la planificación del talento humano en salud a nivel territorial.

Igualmente, en el segundo semestre de 2019, se brindó asistencia técnica del proceso de Servicio Social Obligatorio en diferentes territorios del país, así como para la formación de talento humano, enfoque intercultural y aportes al Plan Nacional de Enfermería en departamentos como Vaupés y Huila, así como asistencia técnica a la Secretaría de Salud de Boyacá para la implementación del Plan Territorial de Formación Continua.

Durante el periodo del informe se realizaron varias asistencias técnicas para el posicionamiento del Modelo de Acción Integral Territorial–MAITE, con secretarios departamentales de salud y sus equipos de trabajo, como por ejemplo en Guaviare, Sucre, Antioquia, Meta y Tolima; se realizaron seis encuentros regionales con representantes de agremiaciones de Enfermería, para la construcción del documento denominado “Plan Nacional de Enfermería (PNE) 2020–2030”.

Durante el mismo periodo, también se realizaron diversas asistencias técnicas virtuales y presenciales, a través de las cuales se socializaron los avances en la reglamentación de la Ley de Residentes, en Bogotá, Cali, Medellín, Santa Marta, Cartagena, Bucaramanga y Popayán. En febrero de 2020, se asistió a la primera sesión de la mesa técnica interdepartamental de salud con la nación U’wa para el cuatrienio 2020-2024, con el fin de realizar acciones de seguimiento y

desarrollo de actividades en el modelo de construcción de atención diferencial con comunidad indígena, en Cubará-Boyacá.

3.11. LINEAMIENTOS PARA EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS, ATENCIÓN PRIMARIA, MEDICINA FAMILIAR

Para avanzar en la organización del talento humano en salud en equipos, el Ministerio de Salud y Protección Social generó el documento denominado “Lineamientos técnicos–Organización y funcionamiento de Equipos Multidisciplinarios para la Salud (EMS) como estrategia para el fortalecimiento del Talento Humano en Salud. Estos lineamientos están dirigido a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) a cargo de las Empresas Administradoras de Plan de Beneficios en Salud (EAPB). Este documento pretende aportar a la garantía del derecho, la cobertura universal y al cuidado integral a la salud de las personas, familias y comunidades que habitan el territorio colombiano, a través de la atención integral que brinda el personal de salud disponible, organizado en EMS. Estos lineamientos se encuentran en la fase de revisión final interna por parte de las dependencias del Ministerio.

3.12. LINEAMIENTOS PARA COMPONENTES CURRICULARES DE DISCIPLINAS RELACIONADAS CON MEDICINAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS (MTAC)

Entre junio y julio de 2019 se realizaron las siguientes acciones:

- 1) Con grupos de expertos se finalizó el diseño de los documentos preliminares de los Programas Nacionales de las Especializaciones Médicas en Medicina Ayurveda, Neuralterapéutica, Tradicional China y Osteopática. Se avanzó en la construcción del Programa Nacional de la Especialización Médica en Medicina Homeopática. Estos documentos están pendientes de validación.
- 2) Con otro grupo de personas expertas y en coordinación con la Mesa Sectorial de Servicios para la Salud, se avanzó en la descripción del rol del personal de apoyo en MTAC.
- 3) Se realizó un encuentro virtual con el Ministerio de AYUSH de la India, en el marco del Memorando de Entendimiento con este Ministerio. El tema

de la reunión fue la formación del talento humano en salud en medicina Ayurveda (o tradicional de la India). Está pendiente la coordinación de una reunión con las Instituciones de Educación Superior, interesada en realizar formación en medicina Ayurveda.

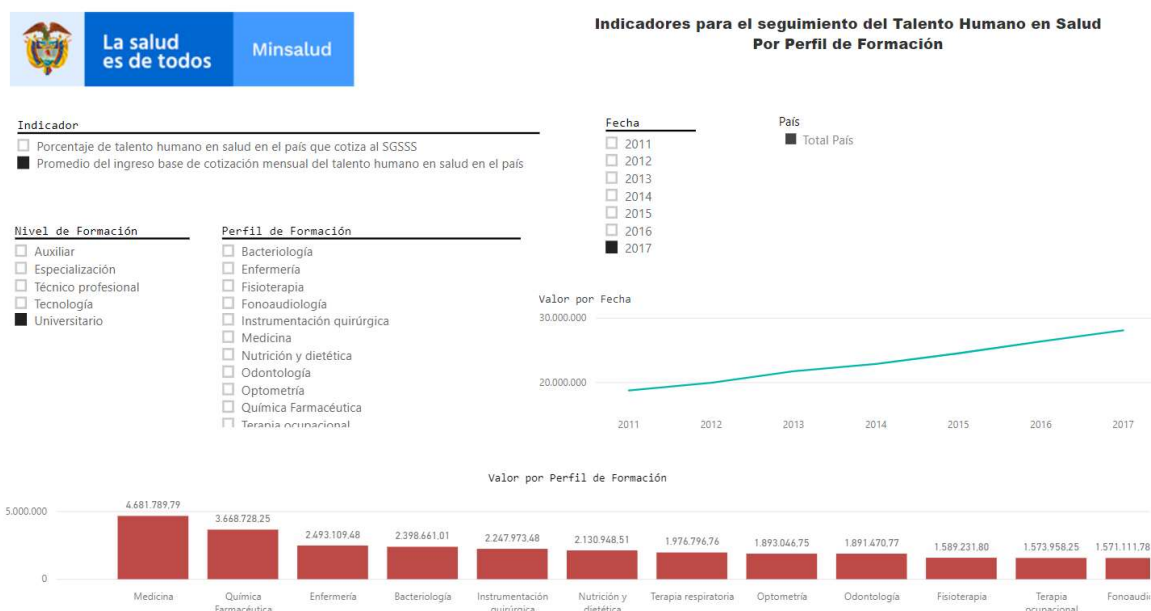
3.13. OBSERVATORIO DE TALENTO HUMANO EN SALUD

Mediante el Observatorio de Talento Humano en Salud, <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>, se han publicado los siguientes documentos durante el periodo:

- Proyecto de Plan nacional de enfermería 2020-2030 Fortalecimiento de la profesión de enfermería en Colombia.
- Lineamientos Técnicos–Competencias digitales para la interoperabilidad de la historia clínica.

Por otra parte, se presentan los indicadores y estadísticas del personal de salud estimado y disponible en el país:

Ilustración 31. Ejemplo indicadores y estadísticas



Fuente: MSPS. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Además de lo anterior, en el sitio, los ciudadanos pueden encontrar información de los resultados de los procesos de asignación de plazas de servicio social obligatorio y del desarrollo e implementación del sistema nacional de

residencias médicas, así como diferentes lineamientos técnicos que ha desarrollado o que ha participado la DDTHS.

3.14. MEDICIÓN DE DESEMPEÑO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD LIDERADA POR EL BANCO MUNDIAL

En el segundo semestre de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social decidió hacer parte de la iniciativa denominada “Medición del Desempeño de la Atención Primaria en Salud-APS” (PHCPI, por sus siglas en Inglés), liderada por el Banco Mundial y la DDTHS por parte del Ministerio, con el fin de efectuar una primera medición de línea de base, sobre cómo se viene desempeñando la APS en el país, haciendo uso de la metodología propuesta por el comité directivo de la iniciativa a nivel internacional, lo que permitirá que Colombia pueda compararse en indicadores con cerca de 30 países que ya hacen parte de las mismas, de los 5 continentes, y pueda compartir experiencias y aprendizajes con dichos países, además de recibir apoyo técnico de la iniciativa y del Banco Mundial, para el fortalecimiento de la APS en Colombia.

En este sentido, el Ministerio creó un Comité Directivo de PHCPI para Colombia y conformó un equipo de trabajo interno con el apoyo del Banco Mundial, realizándose la evaluación de línea de base incorporando una serie de indicadores cuantitativos y cualitativos, que fueron construidos a partir de las fuentes de información disponibles en el SISPRO, Observatorio de Calidad y Estadísticas Vitales del DANE, entre otros, así como a partir de información suministrada por líderes nacionales expertos de opinión, secretarías de salud, directivos de las diferentes dependencias del Ministerio y una reunión de discusión y consenso que tuvo lugar durante septiembre de 2019, con participación de líderes de opinión.

Los indicadores se materializaron en una ficha de “perfil de signos vitales” de la APS en Colombia, documento que es utilizado para rápidamente informar sobre el desempeño de la APS en los países, y se utilizará para efectos de comparaciones internacionales, la cual fue presentada ante el Comité Directivo de PHCPI en enero de 2020 y presidido por el Ministro de Salud (anterior, encargado). Como producto de este trabajo, el Banco Mundial se encuentra preparando un reporte ejecutivo con los resultados de la medición y recomendaciones para el fortalecimiento de la APS en Colombia, para luego definir acciones futuras y se acordó programar eventos de socialización al respecto del trabajo realizado y presentación de la experiencia en el marco de una próxima reunión de la OMS.

3.15. TALENTO HUMANO Y ATENCIÓN A LA PANDEMIA CAUSADA POR COVID-19

La DDTHS del MSPS ha participado activamente desde enero de 2020 hasta la fecha actual, en la generación de política, regulación y acciones para preparar y atender la emergencia causada por la pandemia por COVID-19 en el país. A continuación, se presenta el detalle de las principales acciones al respecto:

137

- Participación en la expedición del Manual de Bioseguridad en el Contexto de la Pandemia
- Participación en la expedición de los Lineamientos para la Detección y Manejo de Casos de Covid-19 por los prestadores de servicios de salud en Colombia.
- Generación del “Procedimiento de Atención Ambulatoria de Población en Aislamiento Preventivo”, adoptado a través de la Resolución 521 del 28 de marzo de 2020.
- Generación del “Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)”, adoptado a través de la Resolución 536 del 31 de marzo de 2020.
- Participación en la expedición del **Decreto Legislativo 538 de 2020**, en lo referente al **capítulo de Talento Humano en Salud**, así como en la **Resolución 628** reglamentaria del Art. 9 del Decreto. Actualmente se trabaja en la Resolución Reglamentaria del Art. 11 del mismo decreto, a través del cual se definirán los procedimientos para efectuar un reconocimiento al THS que esté involucrado en la atención de pacientes con sospecha o confirmación de infección por COVID-19.
- Generación de una resolución por la cual se dictan disposiciones relacionadas con el Servicio Social Obligatorio en el marco de la emergencia sanitaria derivada de la pandemia causada por el COVID-19, a través de la cual se habilitará la asignación directa de 2.730 plazas para Médicos, Enfermeros y Bacteriólogos por parte de prestadores de servicios de salud y entidades que atienden población vulnerable (reclusos, adultos mayores, niños en instituciones de cuidado, etc.) en todo el país, con el fin de reforzar la atención en salud de la población colombiana.
- Disposición de un repositorio con las acciones de formación continua, por oferente con el fin de fortalecer las competencias del THS en el contexto de la emergencia por COVID-19, disponible a través del micrositio “coronavirus” en la página web del Ministerio: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Enlaces-de-Interes.aspx>

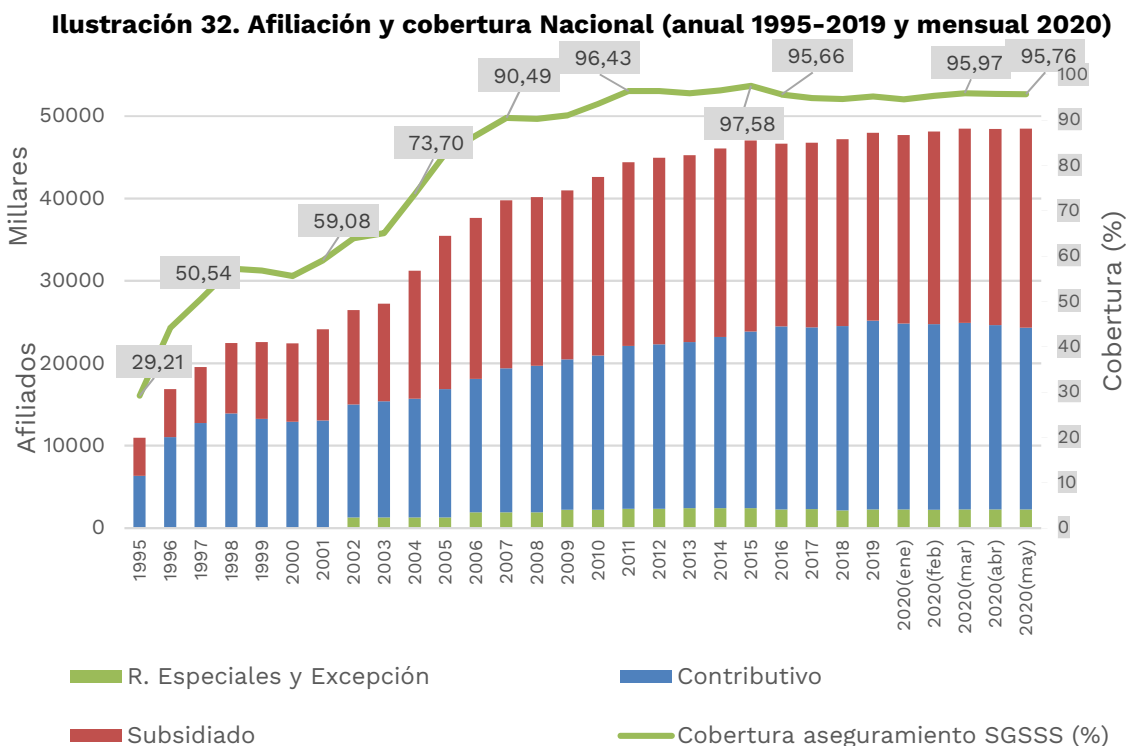


- Gestión para la consecución de cerca de 30 recursos educativos virtuales que permitan operativizar a nivel territorial y con cobertura a todo el THS priorizado por las IPS, acciones de Formación Continua orientadas a la capacitación del personal de salud en temas relacionados con la atención de la pandemia causada por COVID-19.
- Realización de jornadas de capacitación y webinar que han beneficiado a más de 23 mil personas integrantes del THS en Colombia.
- Realización de un promedio de 4 mesas de trabajo con representantes de gremios del área de la salud, con el fin de abordar dificultades y problemáticas del THS en el contexto de la pandemia, a las cuales se ha convocado a otros estamentos del gobierno como el Ministerio del Trabajo.
- Facilitación para el establecimiento de un mecanismo para que profesionales de la salud voluntarios ofrezcan teleapoyo a través de canales virtuales, mediante un memorando de entendimiento suscrito con la Institución Universitaria de Envigado.
- Generación de múltiples estimaciones de oferta y requerimientos de THS a nivel nacional y territorial, con el fin establecer brechas para la atención de la pandemia y definir medidas para subsanarlas.
- Asistencia técnica a diversos territorios del país, con respecto a la normatividad, lineamientos y procedimientos relacionados con el THS en el marco de la pandemia.

4. AJUSTES E INTERVENCIONES EN EL ASEGURAMIENTO, LA RECUPERACIÓN FINANCIERA EL SISTEMA Y LA SOSTENIBILIDAD

4.1. ASEGURAMIENTO

La afiliación al SGSSS en el 2020 cierra un periodo de quince años de crecimiento hacia el cumplimiento de la meta de universalidad en el aseguramiento. Desde los niveles de 29% de cobertura en 1995 hasta los actuales, en el orden del 95%-96%, se ha observado un incremento en el total de los afiliados en cada uno de los regímenes de afiliación que ofrece el Sistema de Salud.



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados–BDUA. Consulta mayo 2020-Proyecciones de Población DANE.

Con cierre a mayo de 2020 y excluyendo los regímenes especiales y de excepción, el total de los afiliados subsidiados representan el 52,2% de la

población afiliada y el contributivo, el restante 47,8%. La evolución de los últimos cinco años se presenta en la siguiente tabla:

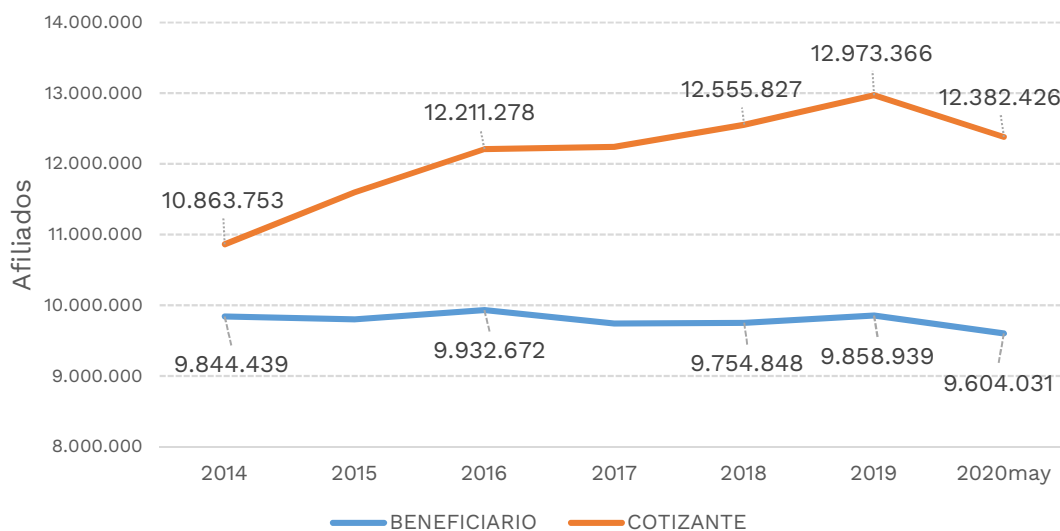
Tabla 27. Afiliación por régimen y cobertura 2015 – 2020 (may)

Concepto	2015	2016	2017	2018	2019	May. 2020
A. Régimen Contributivo	21.453.376	22.199.204	22.045.454	22.378.384	22.909.679	22.069.929
B. Régimen Subsidiado	23.179.801	22.171.463	22.434.577	22.658.108	22.808.930	24.145.819
C. Otros regímenes (exceptuados)	2.402.307	2.260.693	2.287.296	2.135.750	2.244.344	2.233.739
D. Población cubierta (= A+B+C)	47.035.484	46.631.360	46.767.327	47.172.242	47.962.953	48.449.487
E. Población DANE 2018	48.203.405	48.747.708	49.291.609	49.834.240	50.374.478	50.597.179
F. Porcentaje de población cubierta (D/E)	97,58%	95,66%	94,88%	94,66%	95,21%	95,76%

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados – BDUA. Proyecciones de Población DANE

La dinámica del régimen contributivo se enmarcó en un crecimiento general del número de cotizantes hasta 2019 y una reducción en 2020. El número de beneficiarios se mantuvo relativamente estable durante los últimos seis años, lo que implica una mejora de sostenibilidad financiera del SGSSS. La reducción de los últimos meses en el régimen contributivo se puede relacionar con el final de la época decembrina y el efecto económico del COVID-19.

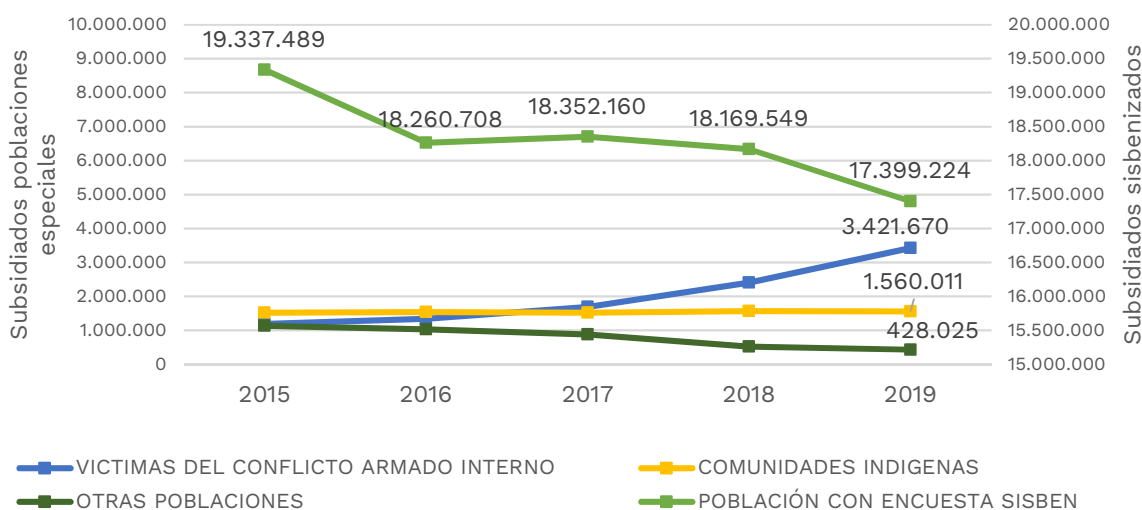
Ilustración 33. R. Contributivo-Cotizantes y beneficiarios



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados – BDUA. Consulta mayo 2020

Por otra parte, en el régimen subsidiado el grupo poblacional más amplio es el de los afiliados sin capacidad de pago, que se certifican con los niveles I y II de SISBEN. Sin embargo, esta población perdió importancia en los últimos años, dando espacio a la participación de otras poblaciones especiales. Es así como en 2015 los subsidiados por capacidad de pago eran el 81% del total y en 2020 contabilizan al 76% del total de este régimen. De igual manera, las poblaciones más numerosas entre los afiliados al régimen subsidiado son las víctimas del conflicto armado, comunidades indígenas y habitantes de calle, que sumaron 3.421.670 personas, 1.560.011 y 428.997 afiliados, respectivamente.

Ilustración 34. Principales poblaciones R. Subsidiado 2015-2019



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados-BDUA

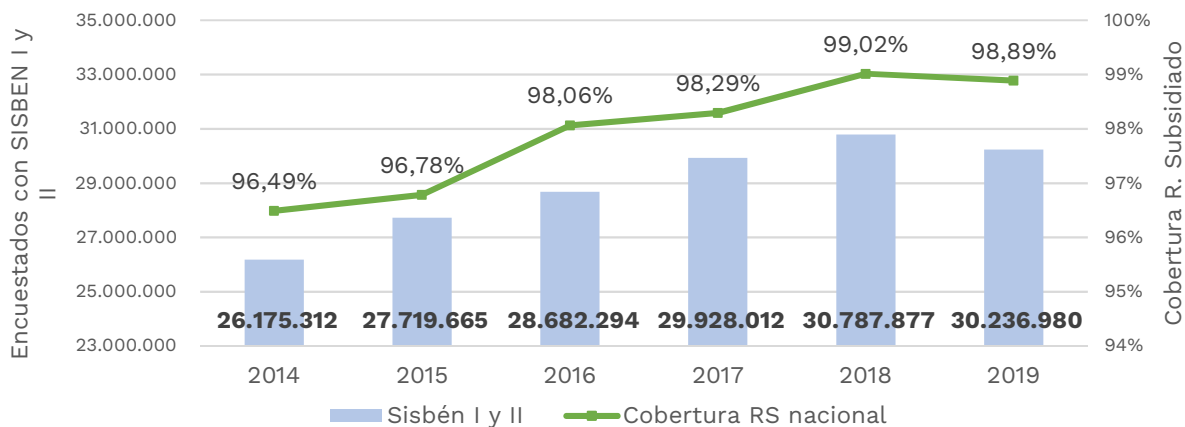
Adicionalmente, la cobertura efectiva en salud para las personas sin capacidad de pago sigue una tendencia creciente y luego estable en los últimos seis periodos.

En la siguiente ilustración se muestra el crecimiento de la población potencial a afiliar, es decir, niveles inferiores del SISBEN y el porcentaje de cobertura del régimen subsidiado frente a esta población.

Si bien el crecimiento es positivo, es importante anotar que desde 2014 el porcentaje de población sin afiliar es menor al 4% y sostener estos niveles de cobertura, así como incrementarlos, denota una gestión del aseguramiento focalizada en los sectores menos favorecidos con un mayor nivel de dificultad.

Se resalta la gestión territorial para identificar y clasificar a los encuestados del SISBEN como potenciales beneficiarios, así como identificar y gestionar otras poblaciones vulnerables.

Ilustración 35. Cobertura RS y población SISBEN I y II



4.2. SUBSIDIOS PARCIALES

De acuerdo con lo establecido en el artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 (PND 2018-2022)²⁸, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolla el diseño e implementación de un instrumento que permita la cobertura del SGSSS para aquella población no afiliada que no cumple condiciones para afiliarse al régimen subsidiado y que por su situación económica no alcanza a cotizar en el régimen contributivo; mediante el pago de una contribución solidaria según su capacidad de pago parcial; contribución que también aplicaría para los afiliados

²⁸ “Artículo 242. Solidaridad en el Sistema de Salud. Los afiliados al Régimen Subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. La población que sea clasificada como pobre o vulnerable según el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén), recibirá subsidio pleno y por tanto no deberá contribuir. Los afiliados al Régimen Subsidiado de salud que, de acuerdo al Sisbén, sean clasificados como no pobres o no vulnerables deberán contribuir solidariamente al sistema, de acuerdo a su capacidad de pago parcial, definida según el mismo Sisbén.

El recaudo de la contribución se efectuará por los canales que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, recursos que se girarán a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), donde harán unidad de caja para el pago del aseguramiento.

La base gravable será la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Régimen Subsidiado. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará unas tarifas progresivas entre el 1% y el 15%, de acuerdo con la capacidad de pago parcial, las cuales se aplicarán a grupos de capacidad similar.

Cuando se identifiquen personas afiliadas al Régimen Subsidiado con capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización deberán afiliarse al Régimen Contributivo.

Les corresponderá a las alcaldías municipales garantizar que los afiliados al régimen subsidiado en salud cumplan con los requisitos legales para pertenecer a dicho régimen, sin perjuicio de las competencias de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP).

En caso de que se determine que el subsidio en salud se obtuvo mediante engaño sobre las condiciones requeridas para su concesión o callando total o parcialmente la verdad, se compulsará copia del expediente a la Fiscalía General de la Nación (...)

no pobres y no vulnerables, instrumento que permitiría financiar con ingresos adicionales el aseguramiento de la población afiliada al SGSSS.

4.3. AFILIACIONES DE OFICIO

En lo corrido del año, crece rápidamente el número de personas ingresadas al SGSSS por el instrumento de la afiliación de oficio, desde la entrada en vigencia del **Decreto 064** del 20 de enero de 2020, que incluyó normatividad al respecto. Las afiliaciones, discriminadas por el actor que realiza la inscripción en el SGSSS (entidad territorial o Institución Prestadora de Servicio-IPS), evolucionan como se muestra en la tabla a continuación en lo corrido de 2020. Este crecimiento se comporta según lo esperado a la emisión de la normatividad al respecto del ingreso al SGSSS.

Tabla 28. Número de afiliados de oficio por mes de 2020

Mes de 2020	Actor que realizó la afiliación		
	Entidad territorial	IPS	Total
enero	1	61	62
febrero	232	2.511	2.743
marzo	3.193	13.039	16.232
abril	7.758	43.508	51.266
mayo	7.593	17.303	24.896
Total general	18.777	76.422	95.199

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Datos corte de mayo de 2020

La mayor parte de las afiliaciones de oficio durante 2020 fueron gestionadas en el departamento de Antioquia (44.801), Valle del Cauca (15.314), Bogotá (9.007), Norte de Santander (7.706), y Santander (5.175). Por otra parte, las zonas apartadas del país se quedan atrás en el número de personas ingresadas al SGSSS por esta vía, siendo San Andrés (22) y Guainía (9). Por otra parte, en lo corrido del año los afiliados de oficio (128.688) llegaron mayoritariamente a la EPS Savia Salud, que recibió el 31,3% del total nacional. Las siguientes entidades que recibieron más afiliados bajo esta figura fueron Coosalud (17,3%) y Nueva EPS (12%).

4.4. AVANCES EN EL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL-SAT

El Decreto 2353 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016, incluyó un avance tecnológico hacia un sistema transaccional que permite directamente al afiliado efectuar el reporte de las novedades de afiliación, quienes antes debían realizar

su trámite directamente en las oficinas de las EPS o a través de un formulario físico, adjuntando los documentos soporte de la respectiva novedad. Según establece la Resolución 768 de 2018, a partir de 15 de marzo de 2018 los afiliados al SGSSS cuentan con un instrumento adicional, gratuito y voluntario que le permitirá realizar el traslado de EPS y reporte de otras novedades directamente a través del portal www.miseguridadsocial.gov.co.

Cuando las personas no puedan acceder a la plataforma para realizar los trámites en el SAT, lo podrán hacer con el diligenciamiento del formulario físico, sin que bajo ninguna circunstancia se pueda afectar el acceso a los servicios de salud. La utilización de este instrumento tiene un carácter voluntario y para garantizar la continuidad de la prestación de servicios de salud, se mantiene la Base de Datos Única de Afiliados–BDUA del SGSSS que permite el giro de los recursos a las EPS que financian el aseguramiento de la población.

Al SAT se accede a través del registro e identificación de la persona en el portal www.miseguridadsocial.gov.co, al **cierre de mayo de 2020** existían **2.278.504** ciudadanos registrados de los cuales cerca del **93,6%** pertenecen al régimen contributivo y el restante al subsidiado. A nivel territorial, Bogotá dispone del 20,8% de los registros, Antioquia el 18%, Valle del Cauca el 8,7% y Atlántico el 7,8%, entre los más sobresalientes.

El cambio de EPS entró en operación desde **marzo 15 de 2018**, durante el año 2018: **353.153** personas registraron el traslado por el SAT, para el año 2019: **1.383.858** personas y a mayo de 2020: **541.734** personas. De la totalidad de los traslados que se efectúan en el SGSSS, en promedio cerca del **54%** se vienen efectuando directamente por el SAT. Durante el año 2019 se incluyeron un total de **58.301** beneficiarios en los grupos familiares, **6.337** han efectuado reinscripción y **1.766** afiliación en una EPS.

A diciembre de 2019 se encontraban en operación cerca de 11 funcionalidades relacionadas con:

- Traslado de EPS.
- Inclusión de beneficiarios.
- Actualización datos complementarios.
- Inicio o confirmación de una relación laboral.
- Actualización del documento de identidad.
- Exclusión de beneficiarios.
- Solicitar exclusión como cónyuge/compañero permanente.
- Reinscripción a EPS.
- Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Reporte masivo de inicio de una relación laboral.
- Movilidad a régimen subsidiado. De forma gradual y desde su inicio se ha buscado la estabilización del sistema de información y la implementación gradual de nuevas funcionalidades.

En lo transcurrido del año 2020 se colocaron en operación tres (3) nuevas funcionalidades relacionadas con:

- Afiliación de oficio (Decreto 064 de 2020).
- Adquisición de condiciones para cotizar.
- Perdida de condiciones para cotizar.

4.5. ACCIONES EN RIESGOS LABORALES Y PENSIONES

4.5.1 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.

Actualmente se cuenta con 9 entidades Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y el porcentaje de distribución de la afiliación se observa en la siguiente tabla:

Tabla 29. Distribución de afiliados a ARL

ARL	Trabajadores		Empresas	
	Número	%	Número	%
Seguros Bolívar S.A.	995.036	9,19%	23.262	2,57%
Compañía de Seguros de Vida Aurora	776	0,01%	141	0,02%
Suramericana ARL	4.418.847	40,81%	315.492	34,90%
La Equidad ARL	272.188	2,51%	18.405	2,04%
Mapfre ARL	2.380	0,02%	99	0,01%
Positiva Compañía de Seguros	2.467.408	22,79%	435.628	48,19%
ARL Colmena	1.082.901	10,00%	41.129	4,55%
Seguros de Vida Alfa S.A.	78.840	0,73%	1.228	0,14%

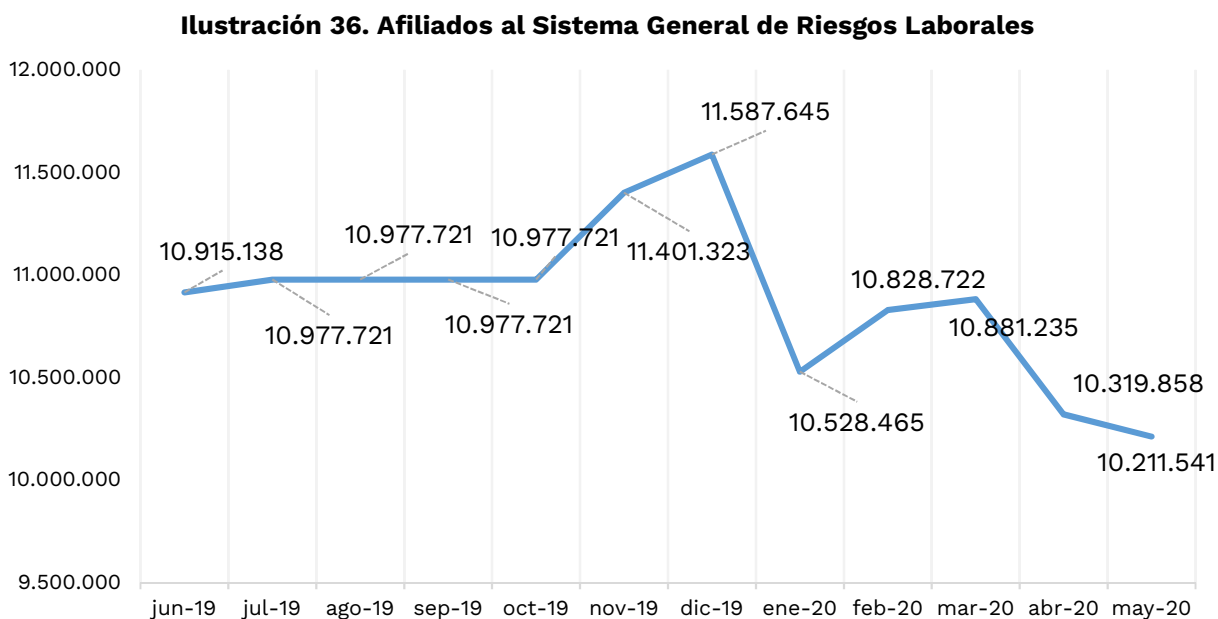
ARL	Trabajadores		Empresas	
	Número	%	Número	%
Seguros de Vida Colpatría S.A.	1.510.346	13,95%	68.656	7,59%
Total general	10.828.722	100,00%	904.040	100,00%

Fuente: Administradoras de Riesgos Laborales-MSPS, Subdirección de Riesgos Laborales

4.5.2 Trabajadores afiliados

En el período comprendido entre junio de 2019 a mayo de 2020, la población afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) pasó de 10.915.138, a 10.211.541.

El comportamiento del período se puede apreciar en la siguiente ilustración:

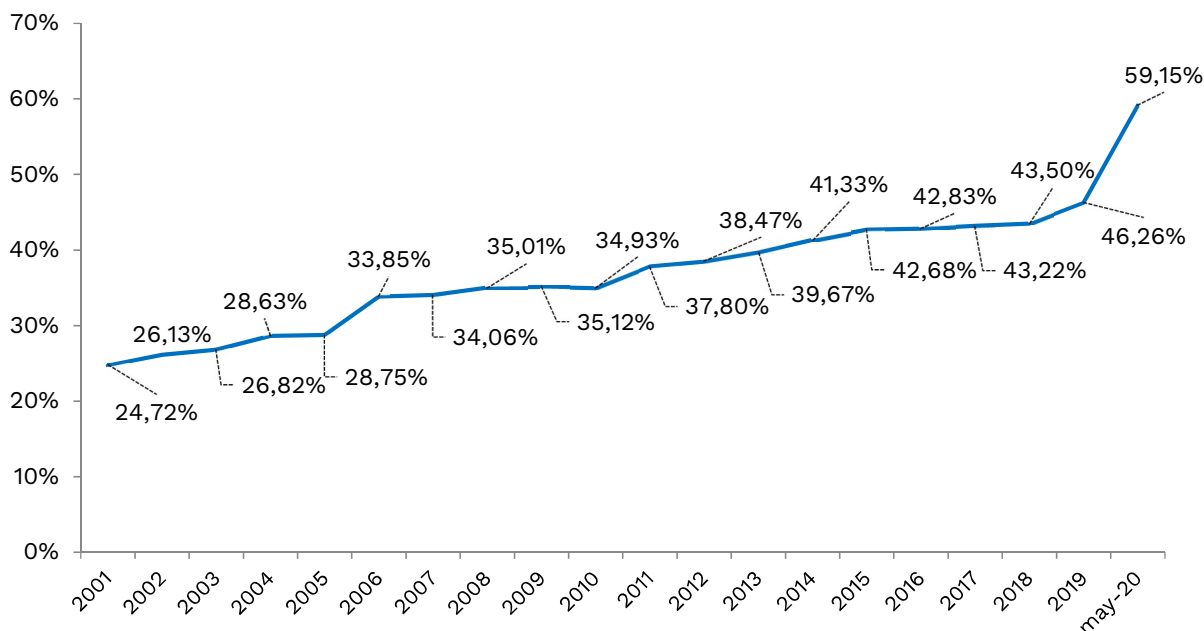


Fuente: Administradoras de Riesgos Laborales-MSPS. Subdirección de Riesgos Laborales

Para el cuatrienio 2018-2022, se toma como línea de base que el 43,2% de la población ocupada está afiliada al SGRL, la meta propuesta es llegar a 44,7%.

En la siguiente ilustración se observa el comportamiento desde el año 2001 a mayo de 2020:

Ilustración 37. Porcentaje de cobertura SGRL frente a población ocupada



Fuente: DANE, Administradoras de Riesgos Laborales-MSPS, Subdirección de Riesgos Laborales

4.5.3 Salud y ámbito laboral

Para la población no afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales, se ha venido desarrollando la dimensión salud y ámbito laboral en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (Resolución 1841 de 2013), en consonancia con la aplicación de la estrategia PASE a la Equidad en Salud en los territorios y cuenta hoy con procesos de monitoreo y evaluación (Resolución 1536 de 2015).

El Ministerio de Salud y Protección Social, presta asistencia técnica permanente a los referentes de salud y ámbito laboral territoriales del nivel nacional, como ejecutores de las acciones definidas en la dimensión. La dimensión cuenta tres (3) indicadores de metas de resultado y ocho (8) indicadores de gestión de las metas de producto, cuya síntesis, avance, descripción y las observaciones relacionadas, se puede obtener en el portal web del Ministerio en Gestión Plan Decenal de Salud Pública-PDSP.

4.5.4 Sistema general de riesgos laborales frente a la declaratoria de emergencia por cuenta del COVID-19

- Se definió como enfermedad directa de origen laboral el Síndrome Respiratorio Agudo Grave o COVID-19, la contraída por los trabajadores del sector de la salud (Art. 13, Decreto Ley 538 de 2020).
- Acompañamiento en la elaboración de los protocolos de bioseguridad para la prevención de la transmisión de COVID-19, por sectores económicos.
- Como medida transitoria y mientras dure la emergencia por el COVID-19, con cargo a los recursos del Sistema General de Riesgos Laborales, se definió que hasta el 7% de las cotizaciones del Sistema se utilizará para el suministro de elementos de protección, cheques médicos de carácter preventivo y diagnóstico, actividades de emergencia y acciones de promoción y prevención para los trabajadores de la salud, de terminales de transporte aéreo, marítimo, control fronterizo, cuerpo bomberos, defensa civil y cruz roja, priorizando a las regiones más afectadas por el brote.

4.5.5 Pensiones

El 7 de octubre de 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el **Decreto 1818 de 2019** modificando la aplicación del SAT-para el Sistema General de Pensiones y el Sistema de Subsidio Familiar, esto con el fin de contribuir a la materialización de la política de formalización empresarial; se incluye como parte del SAT, al Sistema de Seguridad Social Integral en su totalidad y no solo al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Por su parte, la Resolución 1740 de 2019 modificó los anexos técnicos 2, 3 y 5 de la Resolución 2388 de 2016, ajustando al uso del tipo de planilla el cumplimiento de sentencias judiciales y determinando coincidencias en los datos de PILA y la BDUA.

Por último, la Resolución 2515 del 16 de septiembre de 2019 modificó la Planilla “O” para las obligaciones determinadas por la UGPP y, la Resolución 454 del 18 de marzo de 2020, modificó los anexos técnicos 2, 3 ,4 y 5 de la Resolución 2388 de 2016.

4.6. LEY 1966 DE 2019 PARA LA GESTIÓN Y TRANSPARENCIA EN EL SGSSS

Se logró la aprobación de la **Ley 1966 de 2019** por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Busca mejorar la eficiencia de operación y transparencia a través de la unificación de los sistemas de información de gestión financiera y asistencial, la publicación de información esencial para el control social y rendición de cuentas

de los agentes del sector; así mismo introduce decisiones de operación de la prestación de servicios y mecanismos de asignación de recursos para el aseguramiento por desempeño, con el fin de promover la alineación entre agentes del sector, que logre resultados encaminados hacia el mejoramiento de la salud y de la experiencia de la población colombiana en los servicios de salud.

4.7. ACUERDO DE PUNTO FINAL

Como antecedentes, es necesario precisar la acumulación de deudas por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, causadas a cargo del Estado en su nivel nacional (para el régimen contributivo) y territorial (para el subsidiado). Esta acumulación impacta la liquidez del sistema de salud e incide en factores como la calidad y oportunidad de los servicios en salud, en la medida en que el comportamiento en el flujo de recursos asociados a este mecanismo termina limitando la capacidad de gestión del financiamiento corriente y la prestación del servicio.

Una de las causas de esta acumulación se debe a que a las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios en Salud–EAPB se les reconoce de manera ex ante lo que se financia a través de la UPC (i.e. mecanismo de protección colectiva) y que el reconocimiento y pago de algunos servicios y tecnologías no financiados por ella se realiza en forma ex post, tras surtir procesos de auditoría complejos y diferentes en cada régimen. Asimismo, por efectos del incremento en la demanda de los servicios que se financian por el mecanismo de protección individual.²⁹

Además de lo anterior, existen procesos de reconocimiento y pago distintos en ambos regímenes, lo que representa inequidad en el acceso a estos servicios y

²⁹ Hay que tener en cuenta que la protección estatal integral del derecho fundamental a la salud en el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 brinda garantía total del Plan de Beneficios al usuario por medio de tres mecanismos. Estos se clasifican de acuerdo con su naturaleza y financiación. Su trámite corresponde a la Entidades Promotoras de Salud (EPS) y no al afiliado, estos son: i) El mecanismo de Protección Colectiva, en el que se reconoce «ex ante» a un tercer pagador a través de un valor per cápita denominado Unidad de Pago por Capitación–UPC, para que garantice los contenidos en el Plan de Beneficios por medio de la afiliación a una Entidad Promotora de Salud (EPS) del Régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario; ii) El mecanismo de Protección Individual dispuesto para atender las necesidades particulares de un individuo (a través de Mi Prescripción, “MiPres”); iii) Un Régimen de Exclusiones, el cual determina mediante un mecanismo técnico-científico, público, colectivo, participativo y transparente–PTC, aquellos servicios y tecnologías que, por cumplir con los criterios señalados en el Art. 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, no serán financiados con cargo a los recursos públicos.

se ha constituido en una carga desigual para las entidades cobrantes y recobrantes, ya que los flujos y comportamientos en el pago varían según cada entidad territorial. De manera adicional, esta situación propicia la existencia de múltiples interpretaciones sobre aspectos como: i) los contenidos del Plan de Beneficios en Salud–PBS; ii) los requisitos esenciales del cobro/recobro; iii) la llegada al país de nuevos desarrollos tecnológicos; y, iv) los desarrollos jurisprudenciales respecto a la integralidad del derecho a la salud.

Todo esto ha generado que en el sistema se mantengan deudas registradas o no aclaradas ya que las EPS e IPS consideran que, al haber prestado los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC tienen derecho al pago. En consecuencia, utilizan procesos administrativos y judiciales para obtener el reconocimiento indexado y con intereses, lo que genera una mayor presión en el gasto.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, puso en marcha el diseño del **Acuerdo de Punto Final**. En términos generales, este comprende estrategias para:

- Lograr de manera progresiva la conciliación y el saneamiento de la cartera entre los agentes del sistema de salud del orden nacional y territorial.
- La generación del flujo necesario para pagar las deudas asociadas a los servicios y tecnologías en salud no financiados por la UPC.
- Lograr cambios en las prácticas financieras del sector
- Prevenir una nueva acumulación de cuentas sin conciliar.

Producto de las labores adelantadas y para efectos de desarrollar la política pública del acuerdo de punto final, se incluyeron las siguientes estrategias en la Ley del PND:

- A través del Art. 231 se estableció que la Nación asumirá la competencia frente al pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC del Régimen Subsidiado que se generen a partir del 1º de enero de 2020, como estrategia para evitar que las entidades territoriales continúen acumulando deudas asociadas a dicho concepto y así centren sus esfuerzos en lograr el saneamiento de la deuda acumulada de años anteriores.
- En el Art. 233 se estableció la distribución de los recursos del SGP incrementando el monto definido para la financiación el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado, pasando del 80% al 87%.
- En los artículos 237 y 238 se contemplaron las medidas que permiten lograr el saneamiento de las cuentas generadas por concepto de servicios y

tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC en los regímenes contributivo y subsidiado.

- Por su parte en el artículo 240, se modificó el mecanismo a través del cual se reconocen los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, de un pago ex post a un pago anticipado a través del mecanismo de presupuestos máximos, el cual permite que las EPS gestionen integralmente el riesgo y se evite la fragmentación en la prestación de los servicios.

Ahora bien, a partir de criterios contables y con la información de la Circular 030 de 2013, en donde las EPS y las entidades territoriales registran sus cuentas por pagar y algunas IPS suministran información de sus cuentas por cobrar (régimen subsidiado) y de los estados financieros de las EPS publicados por la SNS (régimen contributivo), se estableció una línea base para estimar las deudas por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, como se muestra en la tabla que sigue:

Tabla 30. Línea de base

(cifras en billones)

RÉGIMEN	FUENTE	VALOR ESTIMADO
CONTRIBUTIVO	Información de los EEFF de las EPS, publicados por la SNS	\$ 5,2
SUBSIDIADO	Circular 030 de 2013 (*)	\$ 1,5

Fuente: Circular 030 de 2013 (corte a septiembre de 2018)

Información financiera de las EPS, publicada por la SNS (corte a diciembre de 2017)

*Nota: La información de Circular 030 contiene registros de cuentas por cobrar reportados por las IPS y cuentas por pagar por las EPS.

Una cartera de esta magnitud dificulta el flujo de caja de los agentes, afectando de forma importante la liquidez y, por tanto, pone en riesgo la prestación corriente de los servicios y la sostenibilidad del sistema de salud. En este sentido, la Ley 1955 de 2019 estableció el marco normativo para avanzar en el saneamiento financiero del sector por medio de una inyección de recursos al sector a través de diferentes mecanismos que permiten aclarar las cuentas acumuladas por servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC. En particular se ha avanzado en tres componentes:

- **Pago de deudas reconocidas por el mecanismo de glosa transversal y en el proceso liquidatorio de Caprecom**

De acuerdo a lo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, se habilitó al Gobierno Nacional para reconocer como deuda pública las deudas reconocidas en el proceso liquidatorio de CAPRECOM, así como los pagos por servicios y tecnologías no financiadas por la UPC definidos en el literal c) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, los cuales corresponden aquellos que habían sido glosados y que a la fecha no habían sido prescritos, siendo reconocidos por el mecanismo

de glosa transversal por la ADRES. Sin embargo, estaba pendiente su pago por estar sujeto a la disponibilidad presupuestal.

Teniendo en cuenta la habilitación del mecanismo de reconocimiento como deuda pública se expidieron los siguientes actos administrativos:

- ✓ Se expidió el **Decreto 1130 de 2019**, por el cual se reconoce como deuda pública y se ordena el pago de las deudas reconocidas en el proceso liquidatorio de CAPRECOM. Con este acto administrativo se da inicio a la cadena de pagos por un monto cercano a los \$514.247 millones, de los cuales a la fecha se han girado \$422.250 millones.
- ✓ Se expidió el **Decreto 1350 de 2019**, por el cual se reconoce como deuda pública y se establecen las disposiciones para el pago de acreencias por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con recursos de la UPC a través del mecanismo excepcional de glosa transversal. A través de este decreto se reconoce como deuda pública hasta \$222.654 millones, de los cuales, a la fecha se han girado \$204.120 millones, descontando el valor de la auditoría, asumido por la EPS. Los recursos pendientes de giro, son aquellos reconocidos pero que se encuentran en curso de una demanda judicial, por lo tanto, se requiere que la EPS desista de la acción previo al desembolso.
- **Acuerdos de pago de servicios y tecnologías en salud (pago previo y/o acreencias por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC prestados hasta 31 de diciembre de 2019)**

El artículo 245 de la Ley 1955 de 2019 habilitó de manera transitoria a la ADRES para suscribir acuerdos de pago con las EPS para giro previo y/o acreencias por servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo prestados hasta el 31 de diciembre de 2019. En desarrollo de las políticas que se han implementado en el marco del acuerdo de punto final, este Ministerio expidió la **Resolución 848 de 2019**, modificatoria de la Resolución 1885 de 2018, con miras a facilitar el trámite de radicación y continuar con las acciones de mejora en el flujo de recursos, en lo atinente al giro previo al proceso de auditoría integral. Fue así como se definieron allí reglas para el caso en que el valor del pago previo sea inferior al monto resultante de aplicar la metodología con ocasión de la disponibilidad de recursos de la ADRES, de forma tal que se pueda girar la diferencia en caso de contar con los recursos.

Con la expedición de esta resolución y la reglamentación del artículo 245 de la Ley 1955 de 2019, efectuada por **Decreto 1333 de 2019**, se habilitó a la

Nación a reconocer como deuda pública hasta \$2,76 billones durante la vigencia 2019, para el pago de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC-C, de los cuales se reconocieron \$2,21 billones.

Para garantizar el pago del giro previo y/o acreencias por servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC prestados hasta el 31 de diciembre de 2019 y radicados durante la vigencia 2020; de acuerdo con las estimaciones de la ADRES, se proyecta que el monto a financiar con cargo a los recursos dispuestos en el artículo 245 de la Ley 1955 de 2019 es de \$2,17 billones, aprobados mediante CONFIS del 1 de marzo de 2020, para lo cual se expidió el **Decreto 481 de 2020**.

- **Implementación de lo dispuesto en los artículos 237 y 238 de la mencionada Ley**

En relación con la implementación del saneamiento dispuesto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2020, se expidió el Decreto 521 de 2020, que establece los criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de los recobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo, para continuar con el proceso de reconocimiento de la deuda generada por este concepto a cargo de la ADRES. Así mismo se expidió la Resolución 618 de 2020 a través de la cual se reglamenta el literal d) del mencionado artículo, estableciendo los mecanismos de prueba de los requisitos esenciales.

A partir de lo anterior, la ADRES expidió la Resolución 2707 a través de la cual se fijan las especificaciones técnicas y operativas para el proceso de auditoría y pago de lo No UPC y a través de Circular 025 de 2020 estableció el cronograma de radicación para la vigencia 2020.

Frente al saneamiento de deudas en el régimen subsidiado (artículo 238), se expidió el **Decreto 2154 de 2019** en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en donde se establecen los términos y condiciones para la evaluación del esfuerzo fiscal de las entidades territoriales, a fin de determinar el monto de la cofinanciación de la Nación. Así mismo se expidió la **Resolución 3315 de 2019** por parte de este Ministerio, a través de la cual se definen los términos y condiciones del reporte de información para el seguimiento al cumplimiento de las reglas establecidas para el saneamiento definitivo de los cobros o recobros por concepto de servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC.

Frente al componente de saneamiento de deudas generadas por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen

subsidiado, se indica que las entidades territoriales de Barranquilla, Valle del Cauca, Antioquia, Atlántico, Tolima y Nariño reconocieron una deuda en Primera Fase por \$563.458 millones, de los cuales por concepto de cofinanciación de la Nación han girado recursos a la red pública y privada por \$317.731 millones, tal y como se muestra en el cuadro siguiente:

Tabla 31. Avance-Acuerdo de Punto Final Territorial

(cifras en millones de pesos)

Entidad Territorial	Deuda Reportada	Fuentes Propias Disponibles	Valor aprobado por MHCP
Barranquilla	40.458	236	40.222
Valle del Cauca	200.215	42.431	157.784
Antioquia	273.837	189.951	83.886
Tolima	37.714	1.875	35.839
Atlántico	872	872	
Nariño	10.362	10.362	
TOTAL	563.458	245.727	317.731

Fuente: ET y MHCP. Elaboración Propia DFS-MSPS

4.8. ACTUALIZACIÓN, AMPLIACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC) E INCLUSIONES

En materia de la protección colectiva, años atrás se avanzó en la unificación de los planes de beneficios del sistema³⁰. Sin distinción de clases, todos pueden acceder a un mismo plan de beneficios en salud que se mantiene al día con los avances científicos a nivel mundial. Durante el 2019 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 de este.

Por mandato de la Ley 1438 de 2011, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –o PBSUPC– correspondiente para la vigencia 2019 se había actualizado integralmente el año inmediatamente anterior (Res. 5857 de 2018), ampliándose mediante la inclusión de 60 principios activos para la atención de 19 condiciones de salud y realizándose aclaraciones para 34 procedimientos.

³⁰ 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 Constitucional. Es así como buena parte de los esfuerzos de años anteriores se centraron en la unificación y actualización de estos planes. En este sentido, varias normas expedidas permitieron la unificación total del plan en materia de beneficios. Hoy, los millones de colombianos afiliados al régimen subsidiado pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los del contributivo.

Más recientemente, con la Resolución 3512 de 2019 se actualizaron nuevamente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC como mecanismo de protección colectiva y se establecieron los servicios y tecnologías de salud que deben ser garantizados en el año 2020 por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS, en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por tal normatividad.

Por primera vez hay un porcentaje de esta UPC destinado exclusivamente a cumplir progresivamente con las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, en el marco de la Resolución 3280 de 2018 que adopta los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS.

En materia de telemedicina, se financia con recursos de la UPC la provisión de los servicios y tecnologías de salud contenidos en la Resolución 3512 de 2019, prestados en el país bajo la modalidad de telemedicina, con el propósito de facilitar el acceso, oportunidad y resolutivez en la prestación de dichos servicios, cuya provisión deberá dar cumplimiento a los parámetros para la práctica de la telemedicina establecidos en la Resolución 2654 de 2019 (o la norma que la modifique o sustituya).

Además, con la Resolución 3512 de 2019, sin perjuicio de las aclaraciones de financiación de los servicios y tecnologías de salud de tal acto administrativo, en el contexto de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, deben entenderse como no financiados con cargo a la UPC, aquellos servicios y tecnologías que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

- Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
- Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
- Servicios no habilitados en el SGSSS, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
- Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
- Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones derivadas de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos de la UPC, señalados en el Art. 154 de la Ley 1450 de 2011 y el Art. 15 de la Ley Estatutaria de Salud.

- Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud, conforme al Art. 9 de la Ley 1751 de 2015.
- Tecnologías y servicios excluidos explícitamente de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, mediante los correspondientes actos administrativos, en cumplimiento del procedimiento técnico-científico descrito en la Resolución 330 de 2017.

El procedimiento de actualización integral de los beneficios financiados con la UPC abarca diversas fases (nominación, ponderación, evaluación de las tecnologías en salud-ETS-, disponibilidad en el Sistema de Salud colombiano de las Tecnologías en Salud, garantía a través del SGSSS y toma de decisión), y por otra debe entenderse que es un proceso permanente, continuo, dinámico y participativo que ha permitido que los diferentes actores del SGSSS apropien conocimiento.

De la aplicación del procedimiento primero se obtiene la continua construcción de los beneficios en Salud que deberán ser financiados con recursos de la UPC (entiéndase Mecanismo de Protección Colectiva), es decir, se materializa la inclusión de las Tecnologías en Salud a financiar con los recursos de la UPC; decisión que finalmente queda consignada en actos administrativos; por último, y no menos importante, es que este procedimiento está centrado en: el usuario, el cumplimiento de las necesidades en salud, la protección al derecho fundamental de la salud, la gestión apropiada desde el punto de vista clínico y técnico que responda a estándares de calidad definidos por los entes regulatorios y autoridades competentes.

En la aplicación del procedimiento de actualización, las Tecnologías en Salud constituyen el insumo fundamental de la actualización integral y responden a aspectos como: 1) las necesidades en salud de la población colombiana; 2) contienen los elementos esenciales para lograr el objetivo clínico respecto de la necesidad en salud; 3) procurar la mejor utilización de los recursos, servicios y tecnologías disponibles en el país; 4). Proporcionan beneficios adicionales de las que ya se encuentran cubiertas en el mecanismo de protección colectiva del aseguramiento social.

El objetivo de la actualización integral no desconoce los criterios y las condiciones señaladas por leyes que actualmente siguen vigentes como son las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, en el entendido que señalan los aspectos esenciales para la actualización así:

- 1) carga de enfermedad de la población,
- 2) perfil epidemiológico,

- 3) disponibilidad de recursos y equilibrio; y,
- 4) medicamentos extraordinarios no explícitos.

A su vez, tiene en cuenta todas aquellas Tecnologías en Salud (TS) que a través de la aplicación de las metodologías en los años anteriores han cumplido los requisitos en los diferentes momentos de actualización y que por varias razones han quedado en lista de espera para agotar todas las etapas, fases o pasos que se requieren para la financiación con los recursos de la UPC.

El desarrollo metodológico por tanto, corresponde también a la aclaración de la cobertura de Procedimientos y Medicamentos correspondiente a la continuación de la migración de manera progresiva desde un plan de beneficios en Salud basado en una lista positiva y taxativa, hacia un plan de beneficios más implícito que contenga una lista taxativa de exclusiones o “lista negativa”, así como, atañe al resultado de la aplicación de las metodologías, tales como los cambios en la codificación o descripción de procedimientos en salud según la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud–CUPS del último año, y la ampliación de cobertura de aquellas TS que previamente contaban con aclaraciones que restringían su uso en determinadas situaciones.

Es importante hacer énfasis en que, en la vigencia 2018 para su aplicación a partir de 2019, se realizó la Actualización integral del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBSUPC); por mandato de la Ley 1438 de 2011 (esta clase de actualización debe hacerse de manera integral mínimo cada dos años). El objetivo de la actualización integral se enfocó en los criterios y las condiciones señaladas la ley y la Corte Constitucional:

- Carga de enfermedad de la población
- Perfil epidemiológico
- Disponibilidad de recursos y equilibrio
- Medicamentos extraordinarios no explícitos; que también conlleva los análisis de impacto presupuestal que realiza el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), dentro del cálculo de la UPC para su financiación.

Es importante señalar que para la actualización que rigió en la vigencia 2018 se consideró la pertinencia de actualizar el Plan de Beneficios continuando con los tres criterios definidos para la actualización del año 2017, así: i) con las tecnologías de primera línea de tratamiento; ii) completitud, asociado a patologías como la Hipertensión arterial y la diabetes en cuyo tratamiento se tienen medicamentos que deben indicarse en conjunto con otros medicamentos que no tienen cobertura dentro de los beneficios que financian la Unidad de Pago por Capitación; y iii) la inclusión de tecnologías para tratamientos sin

opciones dentro de este plan; por ejemplo, para la Hiperplasia Prostática Benigna, Incontinencia Urinaria y Osteoporosis.

Por lo anterior, se tomaron las tecnologías en salud analizadas en años anteriores y aquellas que estaban en lista de espera, con el fin de dar continuidad a la gestión, evitar desgaste administrativo y presupuestal y en orden a satisfacer las necesidades reales en salud, así como fortalecer la confianza legítima de los administrados que participaron en el proceso de actualización integral 2013 y aguardan que la lista de espera sea efectivamente atendida.

Los resultados de la aplicación de la metodología de actualización, en el marco de lo estipulado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, y bajo el proceso de actualización integral de 2018 incluyeron, entre otras, tecnologías en salud para patologías priorizadas y de interés en salud pública, tales como las de salud mental, hipertensión arterial, diabetes mellitus, osteoporosis, así como tecnologías en salud para el manejo de patologías que no contaban con una alternativa de tratamiento en el PBSUPC: la incontinencia urinaria y la hiperplasia prostática benigna.

En cuanto a medicamentos, la actualización incluyó: medicamentos de primera y segunda línea para la atención de patologías de Salud Mental como son trastorno de pánico, trastorno de fobia social, Trastorno de ansiedad generalizada, medicamentos para el manejo de la osteoporosis postmenopáusica, primaria y secundaria, medicamentos para el manejo de la incontinencia urinaria y la hiperplasia prostática benigna, medicamentos para el manejo de la náusea y vómito, medicamentos para el manejo de la hipertensión y la diabetes mellitus tipo II, medicamentos de segunda línea para el manejo del estreñimiento en adultos, y un medicamento para la atención de la hemorragia postparto y atonía uterina.

Como se introdujo arriba, en total se incluyeron 60 principios activos para 19 condiciones patológicas y se aclaró la financiación con recursos de la UPC de 34 procedimientos que ya estaban siendo financiados con la UPC, de conformidad con lo establecido en el Artículo 134 de la Resolución 6408 de 2016.

La actualización integral del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación quedó plasmada en la Resolución 5857 de 2018.

Ahora bien, con respecto a la actualización puntual o parcial del año 2019, mediante Resolución 3512 de 2019, se actualizaron los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), así:

• **En cuanto a procedimientos:**

Teniendo en cuenta que la descripción de los procedimientos del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC está descrito en términos de CUPS, se hizo necesario establecer la cobertura en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC de aquellos servicios y tecnologías que tuvieron alguna modificación en cuanto a su descripción, reubicación o desagregación con la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud establecida con la Resolución 5851 de 2018, para tal fin se realizó el análisis de las modificaciones registradas en la trazabilidad de la CUPS y se establecieron los siguientes algoritmos para aclarar las coberturas así:

- ✓ Los servicios y tecnologías en salud que no surtieron modificación tienen igual cobertura a la descrita en la Resolución 5857 de 2018 y sus anexos.
- ✓ Los servicios y tecnologías en salud nuevos en la CUPS requieren de análisis específicos para definir su cobertura, por lo tanto, no fueron tenidos en cuenta para esta actualización.
- ✓ Los servicios y tecnologías en salud que se modificaron semánticamente en su descripción, pero siguen siendo los mismos, tienen la misma cobertura descrita en la Resolución 5857 de 2018 y sus anexos.
- ✓ Los servicios y tecnologías en salud que solo fueron reubicados teniendo en cuenta la estructura de la CUPS su cobertura es igual a la descrita en la Resolución 5857 de 2018 y sus anexos.
- ✓ Los servicios y tecnologías en salud que fueron desagregados de otro ya existente tienen la misma cobertura descrita en la Resolución 5857 de 2018 y sus anexos del que fue desagregado, salvo aquellos que, por corresponder a un avance tecnológico en cuanto a técnica o vía de abordaje, requieren de análisis específicos para definir su cobertura.
- ✓ Los servicios y tecnologías que se agruparon en uno solo conservan la cobertura que tenían en la Resolución 5857 de 2018 y sus anexos.

• **En cuanto a medicamentos:**

- ✓ Se realizó la homogenización de indicaciones de un medicamento, aclarando en el anexo respectivo que se encuentran cubiertas todas las presentaciones de cobertura de un medicamento:

Tabla 32. Aclaración realizada

309	L01BA01 L04AX03	METOTREXATO SÓDICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS
------------	----------------------------	-----------------------	---

Fuente: Viceministerio de Protección Social

- ✓ Se realizó la revisión del “LISTADO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE LA OMS NÚMERO 21”.

Para realizar la comparación de los dos listados se siguieron los siguientes pasos metodológicos:

- ✓ Identificación del número de medicamentos incluidos en cada listado, por principio activo, concentración, forma farmacéutica y la distribución de estos.
- ✓ Identificación de los medicamentos del LME que no tienen registro de la autoridad competente para comercialización en el país, empleando como fuente la consulta en línea de Registros Sanitarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos–INVIMA, a la fecha de elaboración del informe técnico, para este caso, el corte a 30 de septiembre de 2019. [http://farmacovigilancia.invima.gov.co:8082/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp]
- ✓ Comparación de la cobertura de los medicamentos incluidos en el LME de la OMS en la versión 21 vigente para el año 2019, con el listado de medicamentos cubiertos en el mecanismo de protección colectivo mediante el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, definido por la Resolución 5857 de 2018. La búsqueda y posterior clasificación de cobertura se realiza teniendo en cuenta el Anexo 01 de medicamentos y los artículos del capítulo IV de la mencionada Resolución, adicionalmente se realiza una confirmación de la clasificación para cada medicamento en la “Base de cobertura CUM” con corte a septiembre 2019.
- ✓ Para los medicamentos del LME no incluidos en el PBSUPC y financiados a través del mecanismo de protección individual, se realiza la identificación de medicamentos cubiertos por el PBSUPC que pertenecen al mismo grupo químico según el código ATC.

A continuación, se presentan las diferentes tablas producto de la comparación del Listado de Medicamentos Esenciales número 21 de la OMS y el listado del Anexo 1 de medicamentos de la Resolución 5857 de 2018.

En la siguiente tabla se observa el número de ítems que contiene cada listado, el conteo se realizó para la totalidad de los listados, incluyendo otras tecnologías en salud que no corresponden a medicamentos como métodos anticonceptivos de barrera, componentes sanguíneos, fórmulas lácteas, entre otros.

Tabla 33. Resumen ítems

Concepto	LME 21th edición	PBSUPC Res. 5857 (Anexo 01)
Número de ítems	573	536
Número de medicamentos	564	534
Número de principios activos	428	616

Fuente: Creación propia Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Adicionalmente, para la clasificación de cobertura de los medicamentos del LME también se tuvo en cuenta los medicamentos con cobertura implícita en la Resolución 5857 de 2018, los cuales se relacionan a continuación:

Tabla 34. Resumen cobertura implícita Resolución 5857

COBERTURA IMPLÍCITA RESOLUCIÓN 5857 DE 2017	NÚMERO DE PRINCIPIOS ACTIVOS
Medicamentos empleados en analgesia, anestesia y sedación de procedimientos incluidos en el PBSUPC	27
Medicamentos estereoisómeros de principios activos incluidos en el PBSUPC	5
Medicamentos metabolitos activos de principios activos incluidos en el PBSUPC	4
Medicamentos con unión a moléculas principios activos incluidos en el PBSUPC	8
Combinaciones de dosis fijas (cdf) que pueden cumplir las condiciones citadas en el artículo 41 de la resolución 5857 de 2017.31	81
Radiofármacos necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear	33
Soluciones y diluyentes	5

Fuente: Base de cobertura CUM, con corte a septiembre 2019

Teniendo en cuenta lo anterior, se procedió a realizar la comparación de los dos listados obteniendo una clasificación de cobertura del listado de medicamentos esenciales de la OMS según el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC

³¹ RESOLUCIÓN 5857 DE 2018. “ARTÍCULO 41. COMBINACIONES DE DOSIS FIJAS (CDF). Con el ánimo de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos, el plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC considera cubiertos los medicamentos en Combinaciones de Dosis Fijas de la siguiente forma:

1. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en CDF se encuentren descritos en el listado de medicamentos cubiertos por el plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC a que refiere el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, manteniendo su misma forma farmacéutica y,
2. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento combinado sea igual o menor a la sumatoria del costo de cada uno de los medicamentos si se utilizara como mono fármaco por separado. Si alguno de los principios activos que hacen parte de la CDF se encuentra en un grupo de cobertura, será el valor máximo de reconocimiento definido para dicho grupo el que se deba aplicar para ese principio activo que compone la combinación.

El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la CDF cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.”

definido por la Resolución 5758 de 2018, los cuales se exponen de forma detallada a lo largo del documento así:

Tabla 35. Clasificación de medicamentos según cobertura en el PBSUPC

Detalle del LME 21th edición	Número de ítems
I. Clasificación por disponibilidad de Registro Sanitario vigente en Colombia	
a) Medicamentos del LME con Registro Sanitario en Colombia	459
b) Medicamentos del LME sin Registro Sanitario en Colombia	105
II. Medicamentos del LME que se encuentran incluidos en el PBSUPC	
a) Medicamentos del LME incluidos en el PBSUPC con igual concentración y forma farmacéutica	342
b) Medicamentos del LME incluidos en el PBSUPC con diferente forma farmacéutica	7
c) Medicamentos del LME incluidos en el PBSUPC con formas farmacéuticas parcialmente incluidas	17
III. Medicamentos del LME que no se encuentran incluidos en el PBSUPC	93
IV. Medicamentos del LME para niños	
a) Medicamentos del LME para niños incluidos en el PBSUPC con igual concentración y forma farmacéutica	228
b) Medicamentos del LME para niños con formas farmacéuticas no incluidas en el PBSUPC	4
c) Medicamentos del LME para niños con formas farmacéuticas parcialmente incluidas en el PBSUPC	17
d) Medicamentos del LME para niños no incluidos en el PBSUPC	66
V. Sustancias o dispositivos médicos del LME	
a) Componentes sanguíneos	4
b) Dispositivos médicos/otros	5

Fuente: Creación propia Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Se concluye que los medicamentos esenciales de la OMS están financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, o tienen alternativas terapéuticas, o están financiados por el mecanismo de reembolso o cobro. Así, no se requiere una actualización.

Para el desarrollo del Procedimiento de la Actualización Integral de las tecnologías en salud y servicios financiados con recursos de la UPC para la vigencia 2020, se realizaron las siguientes acciones en el año 2019:

4.9. IDENTIFICACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD Y SERVICIOS PARA INCLUSIÓN A LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC

Para la identificación de las tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos) no financiados con recursos de la UPC para su inclusión a la financiación con recursos de la UPC, en la presente vigencia se estableció la metodología para la revisión y validación de la información registrada por el IETS en la “Matriz de priorización para organizar la ruta de inclusiones de TS financiadas con la UPC”, a continuación se describe la metodología utilizada y los resultados de la aplicación de dicha metodología.

- **Construcción de la “matriz de priorización para organizar la ruta de inclusiones de TS financiadas con la UPC por parte del IETS”³²**

Para la construcción de la Matriz por parte del IETS, se definió por parte de Minsalud la identificación de las primeras 10 condiciones de salud para cada sistema de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS. A continuación, se describe el proceso seguido por el IETS para la construcción de la Matriz, tal como se refiere en el documento de la referencia:

- ✓ Definición de las condiciones de salud. La selección de las 136 condiciones de salud que se relacionan en la tabla 1 se realizó teniendo en cuenta:
 - La carga de enfermedad para Colombia, tomada de “Estimación de la carga de enfermedad para Colombia 2010”, *Global Burden Data del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Burden Data Colombia, Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.*
 - Enfermedades de interés en salud pública de acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
 - Enfermedades clasificadas de alto costo para nuestro país.

Tabla 36. Condición de Salud por Sistema

SISTEMA	CONDICIÓN DE SALUD
Capítulo 01 SISTEMA NERVIOSO	Alzheimer
	Desnutrición en menores de 5 años
	Epilepsia

³² MATRIZ DE INDICACIONES PARA MEDICAMENTOS DE ACUERDO CON DIFERENTES FUENTES DE INFORMACIÓN. Bogotá D.C. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS y Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.



SISTEMA	CONDICIÓN DE SALUD
	Esclerosis múltiple
	Meningitis
	Miastenia Grave
	Migraña
	Neuroblastoma
	Parkinson
	Tumores cerebrales (incluye glioma)
Capítulo 02 SISTEMA ENDOCRINO	Cáncer de hígado
	Cáncer de páncreas
	Cáncer de tiroides
	Desnutrición en menores de 5 años
	Diabetes
	Estatura baja por anomalía cuantitativa de la hormona de crecimiento
	Hipertiroidismo
	Hipotiroidismo
	Menopausia
	Obesidad
	Tumores neuroendocrinos
Capítulo 03 SISTEMA VISUAL	Cáncer de ojo
	Cataratas
	Conjuntivitis
	Defectos de la refracción
	Degeneración macular
	Diabetes
	Edema macular
	Glaucoma
	Hipertensión arterial
	Tracoma
Capítulo 05 NARIZ, BOCA Y FARINGE	Amigdalitis
	Cáncer de cabeza y cuello
	Caries
	Edentulismo
	Faringitis
	Gingivitis
	Herpes
	Laringitis
	Rinitis



SISTEMA	CONDICIÓN DE SALUD
Capítulo 06 SISTEMA RESPIRATORIO	Sinusitis
	Asma
	Bronquiolitis
	Cáncer de pulmón
	Displasia broncopulmonar
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
	Fibrosis quística
	Hipertensión pulmonar
	Neumonía
	Tuberculosis
	Tos ferina
Capítulo 07 SISTEMA CIRCULATORIO	Accidente cerebrovascular
	Aneurisma
	Arritmia
	Aterosclerosis
	Cardiopatías
	Enfermedad renal crónica
	Hipertensión arterial
	Hipertensión pulmonar
	Infarto agudo de miocardio
	Insuficiencia cardíaca congestiva
	Trombosis venosa profunda
	Trombosis venosa superficial
	Capítulo 08 SISTEMA HEMÁTICO Y LINFÁTICO
Dengue	
Enfermedad de Von Willebrand	
Fiebre amarilla	
Leucemias	
Linfoma cutáneo de células T	
Linfomas	
Malaria	
Mieloma múltiple	
Neoplasias mieloproliferativas	
Síndrome mielodisplásico	
Timoma	
Capítulo 09 SISTEMA DIGESTIVO	Cáncer de colon y recto
	Cáncer de estómago
	Cáncer de hígado



SISTEMA	CONDICIÓN DE SALUD
	Cáncer de páncreas
	Diarrea
	Dispepsia
	Enfermedad de Chagas
	Enfermedad diverticular
	Geohelmintiasis
	Obesidad
	Reflujo
	Tumor del estroma gastrointestinal
Capítulo 10 SISTEMA URINARIO	Cáncer de vejiga
	Cáncer renal
	Cistitis
	Enfermedad renal crónica
	Hipertensión arterial
	Incontinencia urinaria
	Infección de vías urinarias
	Litiasis
	Síndrome nefrítico
	Síndrome nefrótico
	Vejiga hiperactiva
Capítulo 11 SISTEMA REPRODUCTOR MASCULINO	Cáncer de próstata
	Cáncer de testículo
	Clamidia
	Condilomas
	Gonorrea
	Hiperplasia prostática benigna
	Sífilis
	Torsión testicular
	Varicocele
	VIH/Sida
Capítulo 12 SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	Cáncer de cuello uterino
	Cáncer de ovario
	Cáncer de útero
	Clamidia
	Condilomas
	Coriocarcinoma, trofoblasto, mola
	Endometriosis
	Enfermedad pélvica inflamatoria



SISTEMA	CONDICIÓN DE SALUD
	Gonorrea
	Sífilis
	Tumor maligno de mama
	Vaginitis
	Vaginosis
	VIH/Sida
Capítulo 13 SISTEMA OSTEOMUSCULAR	Artritis idiopática juvenil
	Artritis reumatoide
	Artrosis
	Cáncer de hueso
	Desnutrición en menores de 5 años
	Discopatías
	Gota
	Hiperparatiroidismo
	Osteomalacia
	Osteomielitis
Osteoporosis	
Capítulo 14 SISTEMA TEGUMENTARIO	Acné
	Carcinoma basocelular
	Carcinoma escamocelular
	Escabiosis
	Leishmaniasis
	Lepra
	Melanoma maligno
	Queratosis actínica
	Sarcoma de tejidos blandos
	Tungiasis
Capítulo 21 SALUD MENTAL	Alzheimer
	Depresión
	Esquizofrenia
	Fobia social
	Parkinson
	Trastornos de la conducta alimentaria
	Trastorno afectivo bipolar
	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno de pánico
Trastorno obsesivo compulsivo	

Fuente: Matriz de indicaciones para medicamentos de acuerdo con diferentes fuentes de información-IEST

- ✓ Diseño de la matriz. La estructura de la matriz, en cuanto a la clase de campo (condición de salud, procedimiento, medicamento o tecnología), campo, tipo (texto o alfanumérico), valores permitidos, fue discutida y concertada entre el IETS y Minsalud con el fin de tener la mayor cantidad de información relevante posible (en el documento citado como referencia de este aparte se describen los campos utilizados para el diligenciamiento de la matriz).
- ✓ Fuentes de Información. Las fuentes de información para los campos utilizados en el diligenciamiento de la Matriz se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla 37. Definición de fuentes de Información

CLASE	CAMPO	FUENTE DE INFORMACIÓN
Procedimiento	Nombre procedimiento y código CUPS	Resolución 1132 de 2017, clasificación única de procedimientos en salud-CUPS
	Cobertura por el PBSUPC	Resolución 5269 de 2017, Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC
Medicamento	Nombre del principio activo y ATC de la OMS	https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
	Inclusión e indicación en el listado de medicamentos esenciales LME OMS No. 20 de adultos	WHO Model List of Essential Medicines 20 th List (March 2017)
	Inclusión e indicación en el listado de medicamentos esenciales LME OMS No. 6 de niños	WHO Model List of Essential Medicines for Children 6 th List (March 2017)
	Vitales no disponibles (marzo 2017)	Listado de medicamentos Vitales No disponibles 13 marzo 2017
	Cobertura y aclaración de cobertura por el PBSUPC	Resolución 5269 de 2017, Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC
	Año de registro	Base de datos entregada por el INVIMA con corte a 4 de septiembre de 2017.
	Registrado en Colombia	
	Expediente	
	Consecutivo	
	CUM	
Estado del registro		
ATC INVIMA		
Indicación INVIMA del CUM		
Forma farmacéutica		



CLASE	CAMPO	FUENTE DE INFORMACIÓN
Tecnología	Vía de administración	
	Nombre de Evaluación de Tecnología en Salud y conclusiones de efectividad, seguridad y costo-efectividad	En este buscador se encuentran los documentos elaborados por el IETS en Colombia. http://www.iets.org.co/Paginas/inicio.aspx
	Nombre del Análisis de Impacto Presupuestal	
	Nombre y recomendación del documento de salud pública	Revise si es prioridad en el país de acuerdo con el Plan decenal de Salud Pública 2012-2021 Coloque los objetivos del Plan decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012-2021 Si es una enfermedad de interés en salud pública revise los documentos publicados por el Instituto Nacional de Salud.
	Campos relacionados con Guías de práctica clínica	- Guías de Práctica Clínica en Colombia - Guías indexadas en NICE: https://www.nice.org.uk/guidance - Guías indexadas en <i>tripdatabase</i> : https://www.tripdatabase.com . En este caso se realizó evaluación de la guía con el método <i>Agree</i> para determinar la calidad de esta. - Otras guías indexadas a nivel internacional, al igual que en el caso anterior, se realizó evaluación de la guía con el método <i>Agree</i> para determinar la calidad de esta

Fuente: Matriz de indicaciones para medicamentos de acuerdo con diferentes fuentes de información-IETS

- ✓ Medicamentos incluidos. Se incluyeron los medicamentos con registro sanitario vigente a septiembre de 2017, excluyendo los CUM con registros negados por primera vez, registros sanitarios para fabricar y exportar, muestras médicas, y aquellos con registro sanitario vencido, negado, cancelado, con pérdida de fuerza ejecutoria y aquellos cuyo registro no correspondiera a la condición de salud.
- ✓ Procedimientos incluidos. La identificación de los procedimientos se realizó a partir de la práctica habitual y aquellos considerados dentro de GPC nacionales o internacionales; la descripción de los procedimientos en la Matriz se hizo según el código y descripción del procedimiento en la CUPS vigente (Resolución 1132 de 2017).
- ✓ Definición de la Financiación de la tecnología con recursos de la UPC. Para la definición de la financiación con recursos de la UPC de los

medicamentos y procedimientos identificados, se realizó la revisión en la Resolución 5269 de 2017.

- **Análisis y ajuste de la “matriz de priorización para organizar la ruta de inclusiones de tecnologías en salud financiadas con la UPC**

170

Con el objeto de validar la información identificada por el IETS para la construcción de la “Matriz de priorización para organizar la ruta de inclusiones de Tecnologías en Salud financiadas con la UPC” elaborada por el IETS, se procedió, por parte del equipo técnico de la Subdirección de Beneficios del MSPS, a la revisión de las Tecnologías en Salud identificadas con el objeto de verificar:

- ✓ La financiación con recursos de la UPC de los medicamentos y procedimientos en la Resolución 5857 de 2018, toda vez que en la actualización integral del 2018 se incluyeron en la financiación con la UPC medicamentos y procedimientos que se encontraban identificados en la Matriz.
- ✓ Que todos los procedimientos identificados estuvieran con código y descripción de la CUPS vigente, Resolución 5851 de 2018. Una vez revisada y ajustada la Matriz de priorización, se procedió a elaborar los archivos para su validación por parte de las Sociedades Científicas.

- **Validación de la “matriz de priorización para organizar la ruta de inclusiones de TS financiadas con la UPC” por parte de las sociedades científicas.**

Con el objetivo de que fuera revisada y validada la información reportada por el IETS en la Matriz horizonte de actualización, por parte de las Sociedades Científicas a que corresponda, se elaboraron dos archivos en Excel que correspondían uno a la Matriz de Procedimientos y el otro a la Matriz de medicamentos; en dichos archivos los delegados de las sociedades científicas debían identificar:

- ✓ Si la tecnología identificada por el IETS era requerida para la condición de salud
- ✓ Si la tecnología identificada era de primera línea
- ✓ Si la tecnología identificada era de segunda línea
- ✓ Si la tecnología identificada era de tercera línea
- ✓ Si la tecnología identificada correspondía a una terapia complementaria
- ✓ Si la tecnología era de uso cotidiano para la línea de tratamiento o terapia complementaria

Para el diligenciamiento de la Matriz se dio inicialmente un plazo de 4 meses, el cual terminaba el 30 de abril de 2019, por solicitud de varias sociedades científicas se amplió el plazo en dos oportunidades, siendo la fecha final para la recepción de observaciones el 30 de agosto de 2019.

Como resultado de la consulta a las Sociedades científicas se recibieron observaciones de 21 sociedades científicas:

- ✓ Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica
- ✓ Colegio Colombiano de Electrofisiología Cardiovascular
- ✓ Sociedad Colombiana de Medicina Familiar
- ✓ Asociación Colombiana de Hepatología
- ✓ Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología
- ✓ Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial
- ✓ Asociación Colombiana de Genética Humana
- ✓ Asociación Colombiana de Menopausia
- ✓ Academia Colombiana de Odontología Pediátrica
- ✓ Sociedad Colombiana de Pediatría
- ✓ Asociación Colombiana de Radiología
- ✓ Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica
- ✓ Asociación Colombiana de Sociedades Científicas
- ✓ Asociación Colombiana de Neurología Infantil
- ✓ Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos
- ✓ Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional
- ✓ Instituto Nacional de Cancerología
- ✓ Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo
- ✓ Sociedad Colombiana de Urología
- ✓ Asociación Colombiana de Homeopatía
- ✓ Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo

- **Consolidación de las observaciones y ajuste de la “matriz de priorización para organizar la ruta de inclusiones de tecnologías en salud financiadas con la UPC”**

Las observaciones con respecto a si la tecnología identificada por el IETS era requerida para la condición de salud, si la tecnología identificada era de primera línea, si la tecnología identificada era de segunda línea, si la tecnología identificada era de tercera línea, si la tecnología identificada correspondía a una terapia complementaria, o si la tecnología era de uso cotidiano para la línea de tratamiento o terapia complementaria, fueron revisadas y consolidadas en la Matriz de procedimientos y en la Matriz de Medicamentos.

Posteriormente a la consolidación de las observaciones se identificaron aquellas dispares, es decir aquellas observaciones que no coincidían con lo identificado por el IETS; el equipo técnico de la subdirección de beneficios reviso y analizo cada una de las observaciones, tanto las identificadas como dispares como las identificadas como iguales, calificando las observaciones como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla 38. Calificación de las observaciones

CALIFICACIÓN DE LA OBSERVACIÓN	DEFINICIÓN DE LA CALIFICACIÓN
Se acoge parcialmente la observación de la sociedad	Se acepta la línea indicada por el IETS y se adiciona la indicada por la sociedad
Se acoge observación de la sociedad	Se ajusta la línea de manejo a la indicada por la sociedad
Revisión de línea por equipo técnico	Se hace revisión de la información del medicamento en Drugs.com para verificar la indicación de aprobación del medicamento en la FDA para ajustar la línea de tratamiento
Acorde con lo referido por el IETS	La línea de manejo referida por la sociedad está acorde con lo indicado por el IETS en la Matriz
No indicado, según refiere la sociedad	La sociedad refiere que no está indicado
No indicado	Tanto la sociedad como el IETS refieren que no está indicado
Se acoge lo referido por IETS	Se mantiene la línea de tratamiento indicada por el IETS en la Matriz
Nominado para exclusión	La TS está nominada para exclusión
En estudio para exclusión	La TS está en estudio para exclusión
TS excluida	La TS está excluida de la financiación con dineros públicos asignados a la salud (Resolución 244 de 2019)

Fuente: Construcción propia de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento

Una vez calificadas las observaciones realizadas a la identificación y clasificación realizada por el IETS, se procedió a ajustar tanto la Matriz de Procedimientos, como la Matriz de Medicamentos ajustando las líneas de manejo y la no indicación de la tecnología para la atención de la condición de salud específica.

Posteriormente al análisis de las observaciones se procedió a hacer una nueva verificación de la financiación de las Tecnologías identificadas, teniendo como referencia los anexos técnicos de la Resolución 5857 de 2018.

Una vez realizados los análisis y ajustes, se procedió a eliminar de la Matriz de Procedimientos y de la Matriz de Medicamentos las Tecnologías identificadas que contenían las siguientes observaciones:

- ✓ Los Medicamentos o Procedimientos que se encontraban ya financiados con recursos de la UPC.

- ✓ Los Medicamentos o Procedimientos que tanto la Sociedad Científica como el IETS consideraban no indicados para la condición de salud.
- ✓ Los Medicamentos o Procedimientos que para la Sociedad Científica fueron considerados como no indicados para la condición de salud.
- ✓ Los Medicamentos o Procedimientos excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

- **Publicación de la “matriz de priorización para organizar la ruta de inclusiones de tecnologías en salud financiadas con la UPC”**

Terminado el proceso de análisis y ajuste de la Matriz de priorización para organizar la ruta de inclusiones de Tecnologías en Salud financiadas con la UPC tanto para medicamentos como para procedimientos, se publicaron en Mi vox-pópuli las bases de datos con el objetivo de consultar a los diferentes actores del Sistema de Salud, las líneas de tratamiento de primera, segunda y tercera línea, de aquellos procedimientos no financiados con cargo a la UPC, para las condiciones con mayor carga global de enfermedad en Colombia, las cuales tienen el propósito de construir un cronograma del proceso de revisión de aquellas tecnologías que son susceptibles de ser financiadas con los recursos de la UPC; la recepción de observaciones, aportes o sugerencias se recibieron hasta el 15 de enero de 2020.

4.10. SELECCIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA EVALUAR (PRIORIZACIÓN)

Las tecnologías en salud identificadas para su posible financiación con recursos de la UPC son ordenadas con base en criterios y categorías que permiten el ordenamiento de forma objetiva, transparente, sistemática y válida que incorpora las expectativas y opiniones, tanto de los expertos del SGSSS como de la comunidad en general.

En 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco legal de la actualización de los beneficios en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, con la participación de los diferentes actores, implementó la metodología de priorización para seleccionar las tecnologías a evaluar, en la que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del MSPS describe la metodología usada para la determinación del orden de las tecnologías en salud, con identificación de las categorías, los criterios y escalas de medición.

De ahí que se establecieron conforme a la participación ciudadana las categorías y los criterios para la priorización de las tecnologías en salud (TS) en los procesos de actualización integral.

Para la presente vigencia se continuó con el ordenamiento ya realizado en años anteriores definiendo las Tecnologías para la realización de Evaluación de Seguridad y Efectividad, Evaluación económica y Análisis de Impacto Presupuestal.

4.11. EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA INCLUSIÓN AL PBSUPC

Para la presente vigencia en el marco del contrato 486 de 2019, se realizaron por parte del IETS las siguientes evaluaciones:

- **Análisis de Impacto presupuestal de las Formas Farmacéuticas no financiadas con recursos de la UPC:**
 - ✓ Estimación del impacto presupuestal para formas farmacéuticas inyectables no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”
 - ✓ “Estimación del impacto presupuestal para formas farmacéuticas de administración oral no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”

- **Evaluación de tecnologías en salud de NOVO³³:**
 - ✓ Revisión de efectividad y seguridad: “Evaluación rápida de la efectividad y seguridad del uso de antirretrovirales para el tratamiento de pacientes con infección por VIH”
 - ✓ Evaluación económica: “Análisis de costo-efectividad de los medicamentos para el manejo de la prevención secundaria del trombo embolismo venoso (trombosis venosa profunda y trombo embolismo pulmonar) en pacientes adultos en Colombia”
 - ✓ 50 Análisis de Impacto Presupuestal (AIP) para 67 procedimientos no financiados con recursos de la UPC relacionados a continuación:

³³ Que no son adaptaciones de otras existentes.



Tabla 39. AIP Procedimientos

No	CÓD	DESCRIPCIÓN	NOMBRE DEL AIP
1	234301	Inserción, adaptación y control de prótesis removible parcial (superior o inferior) mucosoportada	AIP 193_PROTESIS_REMOV_PARCIAL_08112019
	234302	Inserción, adaptación y control de prótesis removible parcial (superior o inferior) dentomucosoportada	AIP 193_PROTESIS_REMOV_PARCIAL_08112019
2	234303	Reparación de prótesis removible parcial	AIP 193_PROTESIS_REMOV_PARCIAL_08112019
3	247100	Colocación de aparatología fija para ortodoncia (arcada) sod	194_AIP_ortodoncia_08112019
4	321501	Implante o sustitución de dispositivo en bronquio vía endoscópica	AIP 213_IMPL_SUSTIT_DISPOSIT_BRONQ_ENDO SC_P_09112019
	321601	Retiro de dispositivo en bronquio vía endoscópica	AIP 213_IMPL_SUSTIT_DISPOSIT_BRONQ_ENDO SC_P_09112019
5	332208	Broncoscopia con autofluorescencia	AIP 211_BRONCOSCOPIAS _15112019
6	332209	Broncoscopia con tomografía de coherencia óptica	AIP 211_BRONCOSCOPIAS _15112019
7	332210	Broncoscopia con termoplastia bronquial	AIP 211_BRONCOSCOPIAS _15112019
8	376701	Implante de un sistema de asistencia cardíaca externo o interno temporal (dispositivo no implantable fuera del cuerpo, pero conectado al corazón) univentricular	182. IMPLANTE-SISTEMA-ASISTENCIA-CARDIACA_13112019
	376702	Implante de un sistema de asistencia cardíaca externo o interno temporal (dispositivo no implantable, fuera del cuerpo, pero conectado al corazón) biventricular	182. IMPLANTE-SISTEMA-ASISTENCIA-CARDIACA_13112019
	376703	Implante de un sistema de asistencia cardíaca definitivo (dispositivo conectado directamente al corazón e implantado dentro del cuerpo) univentricular	182. IMPLANTE-SISTEMA-ASISTENCIA-CARDIACA_13112019
	376704	Implante de un sistema de asistencia cardíaca definitivo (dispositivo conectado directamente al corazón e implantado dentro del cuerpo) biventricular	182. IMPLANTE-SISTEMA-ASISTENCIA-CARDIACA_13112019
9	372802	Mapeo electroanatómico tridimensional	AIP_179_Mapeo_Electroanatómico_Tridimensional_30102019
10	373410	Aislamiento eléctrico de venas pulmonares vía abierta	183. AISLAMIENTO-ELECTRICO-VENAS_23102019



No	CÓD	DESCRIPCIÓN	NOMBRE DEL AIP
	373411	Aislamiento eléctrico de venas pulmonares mínimamente invasiva	183. AISLAMIENTO-ELECTRICO- VENAS_23102019
11	373413	Modulación de sustrato arrítmico (auricular o ventricular) endocárdica	180_MODULACIÓN SUSTRATO ARRITMICO_211019
	373414	Modulación de sustrato arrítmico (auricular o ventricular) epicárdica	180_MODULACIÓN SUSTRATO ARRITMICO_211019
12	378605	Inserción [implantación] de cardioversor (desfibrilador) con resincronizador (cardioresincronizador) vía abierta	AIP 176 Inserción_Desfibrilador_Resincronizador_2 8102019
	378606	Inserción [implantación] de cardioversor (desfibrilador) con resincronizador (cardioresincronizador) vía percutánea (endovascular)	AIP 176 Inserción_Desfibrilador_Resincronizador_2 8102019
13	396501	Oxigenación extracorpórea de membrana [ecmo]	181_ECMO_171019
	396502	Canulación periférica para dispositivo de oxigenación de membrana extracorpórea [ecmo]	181_ECMO_171019
	396503	Canulación central para dispositivo de oxigenación de membrana extracorpórea [ecmo]	181_ECMO_171019
	396504	Reacomodación o recanulación de dispositivo de oxigenación de membrana extracorpórea [ecmo]	181_ECMO_171019
	396505	Retiro de dispositivo de oxigenación de membrana extracorpórea [ecmo]	181_ECMO_171019
14	588201	Inserción de dispositivo médico uretral vía abierta	AIP_220_U_INSERTC_DSPTV_ABIERTA_17112 019
	588202	Inserción de dispositivo médico uretral vía endoscópica	AIP 221_U_INSERTC_DSPTV_ENDOSPC_181119
15	597210	Inyección endoscópica de implante en cuello vesical o intrauretral	AIP 222_U_INYECCION_18112019
16	861804	Inserción de estimulador eléctrico transcutáneo	AIP 218. INSERCIÓN DE ESTIMULADOR_13112019
17	883104	Resonancia magnética de cerebro funcional	AIP 214_RESONANCIAS_18112019
18	883106	Resonancia magnética de cerebro con tractografía	AIP 214_RESONANCIAS_18112019
19	883107	Resonancia magnética para evaluación dinámica de líquido cefalorraquídeo	216. N_RESONANCIA_LCR_12112019
20	883112	Resonancia magnética del hipocampo con análisis volumétrico	AIP 214_RESONANCIAS_18112019



No	CÓD	DESCRIPCIÓN	NOMBRE DEL AIP
21	883913	Difusión por resonancia magnética	AIP_215_Difusión por resonancia magnética_18112019
22	893901	MONITOREO DE ph ESOFÁGICO EN 24 HORAS [phmetría] SIN IMPEDANCIOMETRÍA	187_MONITOREO ESFAGICO_221019
	893905	MONITOREO DE ph ESOFÁGICO EN 24 HORAS [phmetría] CON IMPEDANCIOMETRÍA	187_MONITOREO ESFAGICO_221019
23	893902	Estudio de motilidad esofágica	186. Estudios de motilidad esofagica_09112019
	893903	Estudio de motilidad esofágica con perfusión de ácido	186. Estudios de motilidad esofagica_09112019
24	893911	Monitorización continua de glucosa	184_ MONITORIZACIÓN CONT GLUCOSA_18102019
25	895911	Estudio hemodinámico no invasivo para mediciones volumétricas intratorácicas (cardioimpedancia)	AIP 202_CARDIOIMPEDANCIAS 08112019
26	896901	Monitorización de flujo sanguíneo coronario	201_MONITORIZACIÓN FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO_24102019
27	898030	Estudio de biología molecular en citología	191_PRUEBAS MOLECULARES_25102019
28	898105	Estudio de biología molecular en biopsia	191_PRUEBAS MOLECULARES_25102019
29	898111	Estudio de citogenética en biopsia	185_GENETICA_221019
30	898112	Estudio de oncogenes en biopsia	185_GENETICA_221019
31	898205	Estudio de biología molecular en espécimen de reconocimiento	185_GENETICA_221019
32	898225	Estudio de biología molecular en espécimen con múltiple muestreo	185_GENETICA_221019
33	898245	Estudio de biología molecular en espécimen con resección de márgenes	185_GENETICA_221019
34	903065	Pro péptido atrial natriurético [pro-bnp] (péptido cerebral natriurético)	178.Péptido_Pro_Péptido_30102019
35	903066	Péptido atrial natriurético [bnp] [péptido cerebral natriurético]	178.Péptido_Pro_Péptido_30102019
36	905504	Metotrexato semiautomatizado o automatizado	195_ Reporte AIP_Metotrexato automatizado_24102019
37	906134	Test de avidéz anticuerpos ig g toxoplasma semiautomatizado o automatizado	AIP 219_G_TEST AVIDEZ_06112019
38	906704	Leucocitos cd33 monocitos granulocitos semiautomatizado o automatizado	AIP 224. Leucocitos CD33, MPO, y Linfocitos T y NK
39	906710	Leucocitos mpo semiautomatizado o automatizado	AIP 224. Leucocitos CD33, MPO, y Linfocitos T y NK



No	CÓD	DESCRIPCIÓN	NOMBRE DEL AIP
40	906718	Linfocitos cd7 linfocitos t y nk semiautomatizado o automatizado	AIP 224. Leucocitos CD33, MPO, y Linfocitos T y NK
41	906841	Procalcitonina semiautomatizado o automatizado	196_Reporte AIP_Procalcitonina_28102019
42	906844	Determinación de la explosión respiratoria de los granulocitos	188_AIP_Deter_explo_granulocitos_DBCYT AS_IETS_29102019
43	906848	Interferón gamma [gammainterferón]	198_Reporte AIP_Gammainterferón_15112019
44	908433	Brca1 y brca2 secuenciación completa	197. BRCA1 y 2_09112019
45	908434	Brca1 y brca2 mutación familiar conocida	197. BRCA1 y 2_09112019
46	911011	Fenotipo eritrocitario extendido por microtécnica cualquier antígeno	189_Reporte AIP_Fenotipo_10112019
47	911029	Elución (disociación) autóloga o alogénica por medios físicos	190_Reporte AIP_Elución_29102019
48	911030	Elución (disociación) o modificación de membrana eritrocitaria autóloga o alogénica por medios químicos	190_Reporte AIP_Elución_29102019
49	930403	Estudio computarizado de la marcha	217_ESTUDIO DE LA MARCHA_05112019
50	942600	Terapia electroconvulsiva con anestesia y relajaciones [tecar] sod	175. AIP_TECAR_28102019
51	953401	Adaptación de prótesis ocular	206.AIP 206_Adaptacion de protesis_10112019
52	954601	Emisiones otoacústicas	AIP 199. Emisiones_Otoacústicas_12112019
53	954624	Potenciales evocados miogénicos vestibulares oculares	AIP 200_Potenciales_Evocado_ 07112019
54	954625	Potenciales evocados miogénicos vestibulares cervicales	AIP 200_Potenciales_Evocado_ 07112019
55	118202	Extracción de dispositivo en córnea	AIP 204. IMPLANTE Y EXTRACCIÓN DE CORNEA_05112019
	118203	Implante de dispositivo en córnea manual	AIP 204. IMPLANTE Y EXTRACCIÓN DE CORNEA_05112019
	118204	Implante de dispositivo en córnea asistido	AIP 204. IMPLANTE Y EXTRACCIÓN DE CORNEA_05112019
56	378401	Inserción [implantación] de resincronizador cardíaco	177.Insercion_Resincronizador_Cardíaco_06112019
57	857101	Reconstrucción de mama unilateral con dispositivo	AIP_212_RECONST_MAMA_BILA_UNILAT_DI SOPSIT_ 08112019
	857102	Reconstrucción de mama bilateral con dispositivo	AIP_212_RECONST_MAMA_BILA_UNILAT_DI SOPSIT_ 08112019
58	905503	Tacrolimus semiautomatizado o automatizado	192._Reporte AIP_Lab_Tacrolimus_22102019
59	906847	Procalcitonina manual	196_Reporte AIP_Procalcitonina_28102019
60	169001	Inyección intraorbitaria de sustancia terapéutica	AIP 205_Inyección Orbitaria_22102019

No	CÓD	DESCRIPCIÓN	NOMBRE DEL AIP
	169005	Inyección en cámara anterior de sustancia terapéutica	AIP 203_Inyección en cámara anterior_05112019
61	468101	Desplazamiento de contenido intestinal por laparotomía	207. Desplazamiento contenido intestinal_10092019_
62	607211	Vesiculotomía seminal unilateral por laparoscopia	AIP 210. U_VESICULOTOMIA_08112019
	607212	Vesiculotomía seminal bilateral por laparoscopia	AIP 210. U_VESICULOTOMIA_08112019
63	669902	Liberación o lisis de adherencias de ovario y trompas de falopio por laparoscopia	AIP 208_G_LIBERACION DE ADHERENCIAS_08112019
64	691902	Drenaje de colección de ligamento ancho por laparoscopia	AIP 209_G_DRENAJE DE COLECCION_10112019
65	893106	Control de ortodoncia fija, removible o tratamiento ortopédico funcional y mecánico	194_AIP_ortodoncia_08112019
66	893201	Manometría esofágica sin impedanciometría	186. Estudios de motilidad esofágica_09112019
	893202	Manometría esofágica con impedanciometría	186. Estudios de motilidad esofágica_09112019
67	589403	Retiro de aparato de esfínter urinario inflable vía abdominal	AIP 223_U_RETIRO DE APARATO DE ESFINTER URINARIO_17112019
	589404	Retiro de aparato de esfínter urinario inflable vía perineal	AIP 223_U_RETIRO DE APARATO DE ESFINTER URINARIO_17112019
	589405	Retiro de aparato de esfínter urinario inflable vía laparoscópica	AIP 223_U_RETIRO DE APARATO DE ESFINTER URINARIO_17112019

Fuente: Creación propia de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento, MSPS

- Análisis de Impacto presupuestal (medicamentos): “Análisis de impacto presupuestal de los medicamentos para el tratamiento de depresión en Colombia”

4.12. ACTUALIZACIÓN DE LA UPC

El Ministerio de Salud y Protección Social ha encaminado su política pública a mejorar el estado de salud de la población dentro del contexto de la financiación del mismo, generando mecanismos de protección tanto colectiva como individual y un sistema de exclusiones, que concurren para garantizar a los afiliados todos los procedimientos, medicamentos, insumos y demás servicios requeridos para la atención de cualquier evento de salud, en todas las fases de atención: promoción de la salud, protección específica, detección temprana, tratamiento del daño, rehabilitación y paliación.

Teniendo en cuenta, que el mecanismo de protección colectiva mancomuna riesgos que son viabilizados a través de la financiación otorgada por una prima denominada Unidad de Pago por Capitación-UPC la cual se define según el artículo 182 de la Ley 100 como el valor que el sistema reconoce a cada Entidad Promotora de Salud-EPS por cada afiliado por la organización y garantía de la prestación de las tecnologías y servicios financiados con recursos de la UPC; esta unidad se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el CNSSS de acuerdo a los estudios técnicos Ministerio de Salud.

La estimación de la Unidad de Pago por Capitación es el principal recurso financiero con el que cuentan las EPS; con este recurso debe gestionar los diferentes riesgos a los cuales se ve enfrentada como salud, financiero, operacional, entre otros.

La Unidad de Pago por Capitación-UPC en nuestro sistema de salud es un mecanismo de pago ex ante, mediante el cual, el SGSSS reconoce prospectivamente un valor per cápita a cada EPS por la organización y garantía del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

La fijación de la Unidad de Pago por Capitación tiene como objetivo central del análisis fijar un nivel de prima que sea suficiente para cubrir las obligaciones en salud a cargo de las aseguradoras, permitiendo simultáneamente un nivel esperado de utilidad, este se realiza de manera anual siguiendo la metodología de celdas dado que se reconoce 14 grupos de edad, dos de ellos discriminando el sexo debido a que los riesgos en salud a los que se ven expuestas las mujeres en edad reproductiva podrían generar una presión financiera sobre las aseguradoras, y se reconoce 4 zonas de ubicación geográfica cuyos riesgos en salud pueden ser considerados mayores.

Así mismo, consistente con la actualización del Plan de Beneficios para 2019, la UPC para esa vigencia contó con un incremento de 5,31% para el régimen contributivo y 9,40% para el régimen subsidiado en comparación con el año inmediatamente anterior. Además, se reconoció una prima adicional de 10% a 363 municipios catalogados en zonas dispersas y una de 9,86% para 32 ciudades con el régimen contributivo y para el caso del régimen subsidiado, el 11,47% para los 363 municipios catalogados como zonas dispersas y el 15% para 32 ciudades. En este mismo sentido, a San Andrés, Providencia y Santa Catalina se le asignó una prima adicional del 37,9%.

Actualmente la UPC para la vigencia 2020 se definió a través de la Resolución 3513 de 2019, la misma incluyó ajustes de financiación para la implementación

de la progresividad de las tecnologías en salud establecida mediante la Resolución 276 de 2019, y aclaraciones de procedimientos realizados durante el año 2018 y a los cuales se les realizó seguimiento durante el año 2019. Es así que para la presente vigencia se definió un incremento de la prima del 5,36% para los dos regímenes, pasando en el caso del contributivo de una UPC de \$847.180,80 a \$892.591,20 y se reconoce una prima adicional de 10% a los 363 municipios catalogados en zonas dispersas y del 9,86% para 32 ciudades y distritos; en relación al régimen subsidiado la UPC pasa de \$787.327,20 a \$829.526,40, además se otorga el adicional de 11,47% para los 363 municipios ubicados en zonas geográficamente dispersas, del 15% para 32 ciudades y distritos; de igual manera el aumento fue del 4,81% a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas–EPSI; en cuanto a San Andrés y Providencia se tiene una adición del 37,9% en ambos regímenes.

Para el año 2020 se desarrollará en conjunto con las estructuras propias indígenas la metodología para recoger la información concerniente a las actividades propias desagregando los códigos que hoy se encuentran disponibles para el reporte, así como la utilización de instrumentos que permitan georreferenciar los diferentes asentamientos indígenas y así identificar las posibles dificultades a las que se ven expuestos para la prestación óptima de servicios de salud.

En este sentido, se tiene como meta establecer una línea de trabajo con las diferentes estructuras indígenas que permitan avanzar así la consecución de información de las actividades propias y que permita el reconocimiento de la ubicación de los diferentes asentamientos indígenas identificando las dificultades de acceso que se presentan en el territorio y que obstaculiza la adecuada prestación de los servicios de salud.

Así mismo, se pretende mejorar la información del régimen subsidiado de forma tal que se puedan aplicar las metodologías correspondientes para el cálculo, de lo contrario como se estableció en la Resolución 3513 de 2019 la fijación para este régimen estará acorde a la inflación.

Por otro lado, se contempla establecer la suficiencia para la financiación de las tecnologías y servicios de salud a través de la UPC, teniendo en cuenta las diferentes políticas públicas encaminadas a la promoción de la salud y demás que intervengan en los modelos de atención definidas.

4.13. AVANCES EN LA GESTIÓN DE UPC POR CALIDAD

A partir de 2018 y hasta la fecha, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolla e implementa estrategias en pro de la eficiencia en el financiamiento del sistema de salud colombiano y su sostenibilidad en el largo plazo, entre ellas: la estructuración de un modelo para la estimación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) con ajustadores de riesgo adicionales y condicionados a los resultados de calidad en salud, y ii) el ajuste ex post de las tecnologías y servicios no cubiertos con UPC, lo cual se ha denominado UPC por calidad.

La UPC por calidad al equilibrar el gasto en salud con la prestación de servicios de salud con calidad y oportunidad garantiza el derecho fundamental a la salud de los afiliados al SGSSS, siendo una estrategia que permite identificar nuevos ajustadores de riesgo orientados a la estimación de una prima de aseguramiento capaz de predecir con mayor exactitud los cálculos, así como incorporar incentivos positivos en virtud de la calidad y eficiencia de la prestación de servicios de salud dirigidos a los actores del sistema.

En virtud de lo anterior, para el logro de este propósito se realizó en un primer momento la revisión de diferentes sistemas de salud en el mundo, procurando identificar y comparar elementos de la cobertura de servicios y beneficios ofertados, los mecanismos de pago y financiación, con énfasis en las características de puerta de entrada de tecnologías en salud, los modelos de ajuste de riesgo con sus respectivas variables y fórmulas de ajuste de riesgo ex ante, además de la descripción de los incentivos positivos y negativos que han implementado para los diferentes agentes de sus sistemas, como pueden ser los destinados a los beneficiarios, a los pacientes, al personal de salud, a las instituciones de prestación de servicios y a las aseguradoras.

En un segundo momento, con la información recolectada y la participación de expertos nacionales e internacionales, se identificaron elementos aplicables a Colombia considerando las fuentes de información de prestaciones de salud del país actuales, útiles para la generación de una prima denominada UPC por calidad.

4.14. EXCLUSIONES

El Ministerio de Salud y Protección Social trabaja en pro de la política pública en salud, la consolidación del funcionamiento del sistema de salud y ser garante del derecho fundamental a la salud de los colombianos residentes en el territorio nacional por medio de la disposición y prestación de las tecnologías

en salud necesarias para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, entre otras acciones del ámbito de la regulación.

De acuerdo con la Ley 1751 de 2015 o Estatutaria de Salud y atendiendo principalmente a los artículos 9, 12 y 15, referentes a los determinantes de la salud, la participación ciudadana y las prestación de salud respectivamente, el Ministerio de Salud y Protección Social lideró durante dos años (2015 a 2017) la construcción del Procedimiento Técnico-Científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente que permite en la actualidad definir las tecnologías o servicios que son explícitamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

Hoy en día, los beneficios del sistema de salud colombiano corresponden a la totalidad de tecnologías en salud autorizadas en el país, descontando de estos beneficios aquellos servicios y tecnologías que cumplan con al menos uno de los criterios de exclusión definidos en el artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015:

- Que tenga 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.

Cabe mencionar que el acceso a las tecnologías en salud avaladas en Colombia o registradas se financia por el sistema de salud con otras fuentes de financiación.

A continuación, se describen cada una de las fases del procedimiento técnico-científico y participativo de exclusiones y sus resultados en el 2019:

- **Fase de nominación y priorización:** Esta fase tiene como objetivo nominar y priorizar las tecnologías que se someterán al procedimiento técnico científico y participativo. En el 2019 se recibieron 113 nominaciones por parte de los diferentes actores del sistema como EPS, personas naturales y Ministerio de Salud y Protección Social, de las cuales se aceptaron 82, el restante, 31 tecnologías, no fue aceptado ya que estaban repetidas como fueron las nominaciones de productos de aseo personal o no son tecnologías o servicios en salud.

- **Fase de análisis técnico científico:** Esta fase tiene como objetivo analizar y emitir el concepto y recomendación técnico-científica sobre la conveniencia o pertinencia de declarar una o un conjunto comparable de tecnologías en salud como una, atendiendo los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

En el 2019 se convocó a las sociedades científicas para el análisis de 52 tecnologías, así: 40 nominadas por primera vez en el 2019, una nominada en el 2018 (alimentos procesados y envasados), siete diferidas del segundo periodo de 2017 (azacitidina, paliperidona, valsartán + amlodipino, valsartán + hidroclorotiazida en 2 indicaciones, irbesartán + hidroclorotiazida en 2 indicaciones) y cuatro para la continuidad del análisis con nueva evidencia (equinoterapia, diacereina, glucosamina sulfato, glucosamina sulfato+condroitina sulfato).

Producto de las sesiones de análisis técnico-científico se obtuvo la recomendación para la posible exclusión de 33 tecnologías.

Tabla 40. Listado de tecnologías o servicios recomendados para exclusión

No.	NOMBRE DE LA TECNOLOGÍA	ENFERMEDAD O INDICACIÓN DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS						BALANCE FASE II EN 2019
			A	B	C	D	E	F	
1	GLUCOSAMINA SULFATO/CONDROITINA SULFATO	M158 - OTRAS POLIARTROSIS; M190 - ARTROSIS PRIMARIA DE OTRAS ARTICULACIONES; GLUCOSAMINA SULFATO/CONDROITINA SULFATO		X	X				EXCLUSIÓN
2	EQUINOTERAPIA (HIPOTERAPIA) TERAPIA SESION	F840 AUTISMO EN LA NIÑEZ			X				EXCLUSIÓN
3	ALARGAMIENTO DE PENE	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
4	CLITEROPLASTIA	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
5	CORRECCIÓN DE PTOSIS DE CEJAS POR ABORDAJE CORONAL	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
6	CUPS 890298 - 890398 -890497 CONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA ESTÉTICA	Z719 - CONSULTA, NO ESPECIFICADA	X						EXCLUSIÓN
7	CUPS 908432 BRCA1 Y BRCA2 PERFIL COLOMBIA	C500 - TUMOR MALIGNO DEL PEZON Y AREOLA MAMARIA			X				EXCLUSIÓN
8	DERMOEXFOLIACION CON LASER PARCIAL O TOTAL	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
9	DERMOEXFOLIACION MEDIA	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN



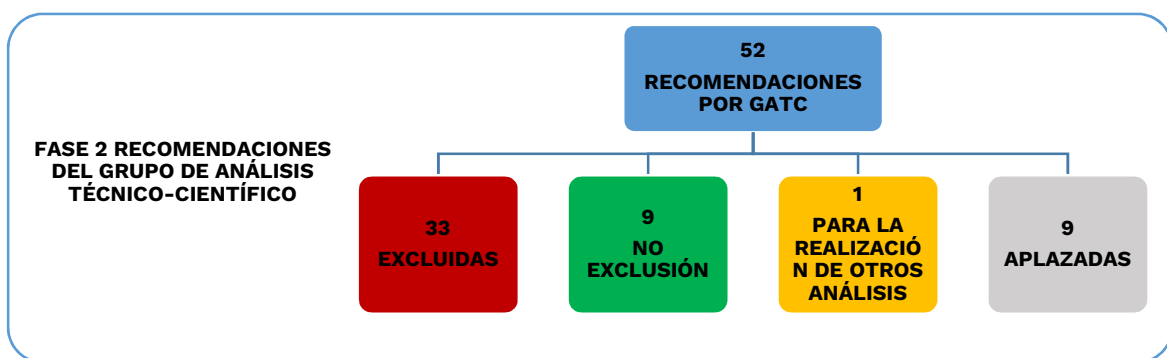
No.	NOMBRE DE LA TECNOLOGÍA	ENFERMEDAD O INDICACIÓN DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS						BALANCE FASE II EN 2019
			A	B	C	D	E	F	
10	DERMOEXFOLIACION PROFUNDA	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
11	DERMOEXFOLIACION SUPERFICIAL	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
12	ENGROSAMIENTO DEL PENE	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
13	HIMENOPLASTIA	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
14	HIMENORRAFIA	CON FINES ESTÉTICOS.	X						EXCLUSIÓN
15	LIPOSUCCIÓN DEL MONTE DE VENUS	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
16	OSELTAMIVIR	PROFILAXIS DE INFECCIONES CAUSADAS POR INFLUENZA.		X					EXCLUSIÓN
17	PLASTIA DE LABIOS MENORES (DE AUMENTO Y REDUCTORA)	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
18	PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR RESECCIÓN E INJERTO	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
19	PLASTIA DEL ESCROTO	CON FINES ESTÉTICOS, POR ENVEJECIMIENTO	X						EXCLUSIÓN
20	PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS (FRONTOPLASTIA) POR VIA ENDOSCOPICA	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
21	PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS POR RESECCIÓN	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
22	PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS POR SUSPENSIÓN CON SUTURA	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
23	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN AREA SUBMANDIBULAR, POR LIPECTOMIA	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
24	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN AREA SUBMANDIBULAR, POR LIPOSUCCION	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
25	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPECTOMIA	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
26	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN

No.	NOMBRE DE LA TECNOLOGÍA	ENFERMEDAD O INDICACIÓN DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS						BALANCE FASE II EN 2019
			A	B	C	D	E	F	
	CARA, POR LIPOSUCCION								
27	REJUVENECIMIENTO VAGINAL	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
28	RESECCION DE BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT EN CARA	CON FINES ESTÉTICOS	X						EXCLUSIÓN
29	RITIDECTOMIA ARRUGAS ANGULO EXTERNO DEL OJO VIA CORONAL	CON FINES ESTÉTICOS, POR ENVEJECIMIENTO	X						EXCLUSIÓN
30	RITIDECTOMIA ARRUGAS GLABELARES	CON FINES ESTÉTICOS, POR ENVEJECIMIENTO	X						EXCLUSIÓN
31	RITIDECTOMIA CERVICOFACIAL SIN FRENTE	CON FINES ESTÉTICOS, POR ENVEJECIMIENTO	X						EXCLUSIÓN
32	RITIDECTOMIA DE FRENTE (VIA CORONAL O ENDOSCOPICA)	CON FINES ESTÉTICOS, POR ENVEJECIMIENTO	X						EXCLUSIÓN
33	RITIDECTOMIA SUBPERIOSTICA	CON FINES ESTÉTICOS, POR ENVEJECIMIENTO	X						EXCLUSIÓN

Fuente: Subdirección de Beneficios en Aseguramiento en Salud, MSPS.

Adicionalmente, esta fase de desarrollo en el mes de noviembre del 2019 en donde 37 organizaciones científicas participaron en 15 sesiones para el abordaje de las 52 tecnologías y servicios en estudio. A continuación, se muestra una ilustración con los resultados obtenidos en estas sesiones:

Ilustración 38. Resultados



Fuente: Viceministerio de Protección Social, MSPS.

- **Fase de consulta a pacientes potencialmente afectados y ciudadanía**

Esta fase tiene como objetivo consultar la opinión de organizaciones de pacientes potencialmente afectados y de la ciudadanía en general, acerca de la

conveniencia de declarar la tecnología nominada como una exclusión, con base en la información suministrada en las fases 1 y 2 del procedimiento técnico-científico.

Esta fase se desarrollará en 11 ciudades del territorio nacional, las cuales son: Cali/Valle del Cauca, Valledupar/Cesar, Bucaramanga/Santander, Florencia/Caquetá, Mitú/Vaupés, Bogotá D.C., Pasto/Nariño, Pereira/Risaralda, Barranquilla/Atlántico, Valledupar /Cesar y Leticia/ Amazonas. Adicionalmente se llevarán a cabo el Listado de las 33 tecnologías o servicios recomendados para exclusión que fue expuesto anteriormente. En cada ciudad se presentarán las tecnologías y servicios en que se consideró en la fase previa su posible exclusión. Es de mencionar que esta fase no se pudo desarrollar en el último bimestre del 2019 por factores externos, como lo fue el paro nacional, afectándose así también el desarrollo de la última fase denominada de adopción y publicación de la decisión.

- **Seguimiento a la decisión de exclusión Resolución 244 de 2019**

Finalizado el primer año de aplicación de la lista de exclusiones Resolución 244 de 2019, el Ministerio de Salud realiza el seguimiento al impacto que en la salud tuvieron las decisiones.

El seguimiento está orientado a confirmar si existe nueva evidencia científica que soporte la no exclusión de una tecnología en salud, el cambio de su condición de no autorizado en el país, la disponibilidad para ser prestado.

Es así como se informa que, tras la adopción del primer listado de exclusiones, se eliminó la formulación y entrega de tecnologías o servicios en que se demostró durante el desarrollo del PTC situaciones como: falta de evidencia clínica de seguridad y efectividad, ausencia de autorización en Colombia, estar destinados a fines cosméticos y suntuarios o pertenecer a sectores diferentes a salud.

No obstante, y a manera de ejemplo, se encuentra lo siguiente:

- Un aumento del número de tutelas ordenando la entrega de tecnologías o servicios excluidos. Ejemplo de ello es un 25 % más de personas (de 28 personas en 2017 a 35 personas en 2018) a quienes se les ordenó por tutela la entrega de edulcorantes, intensificadores de salud y sustitutos de la sal; aunque la evidencia científica mostró que su uso es contraproducente para el individuo al alterar su microbiota intestinal y no dar la posibilidad a quienes los utilizan para corregir sus hábitos alimentarios.

- Persisten órdenes para la entrega de servicios sin evidencia de seguridad o efectividad clínicas. Este es el caso de la sombra terapéutica o maestro sombra, un servicio en el que un auxiliar educativo o maestro acompaña permanentemente a un niño con autismo u otra condición mental. Se pasó de 1.355 niños en 2017 a 590 niños en 2018 a quienes se les ordenó a través de tutela la entrega del servicio por parte del sistema de salud aun cuando, durante el desarrollo del PTC, no se identificó evidencia científica acerca de su efectividad clínica; por el contrario, se confirmó que los niños que son llevados a terapia sombra no mejoran o alcanzan los desenlaces priorizados y considerados críticos en el caso de autismo en los niños como son independencia y autonomía. De otra parte, se reconoce que es prestado el servicio por un auxiliar educativo o maestro.
- Se mantiene la formulación y obligación de entrega con cargo al sistema de salud de productos conocidos como suplementos dietarios, los cuales están desarrollados para complementar una alimentación sana y no para tratar pacientes con patologías o condiciones de salud que limiten su alimentación, los que por el contrario con la evidencia disponible usados en forma irregular pueden conducir a patologías como sobrepeso, obesidad, diabetes y falla hepática. En 2018 se recibieron 3.498 órdenes de tutela y entrego bajo esta indicación a 2.492 personas.
- **Logros**

El procedimiento técnico científico de exclusiones es un proceso cíclico, resultado de un Acuerdo Social en el que se conjuga la voluntad y la responsabilidad de todos los actores del sistema de salud para llegar a decisiones que propendan por la prestación de servicios y tecnologías en salud óptimos para el usuario que protejan el derecho a la salud.

Se excluyen tecnologías y servicios del sistema de salud porque:

- ✓ El sistema de salud debe garantizar la atención de las personas con tecnologías de salud segura y efectiva.
- ✓ Los recursos del sistema de salud deben ser invertidos en lo propio de este sistema.
- ✓ Hay otras alternativas seguras y efectivas financiadas por el sistema de salud.
- ✓ Existen tecnologías en salud que no tienen evidencia científica de su seguridad, eficacia y efectividad clínicas para la atención de los individuos.
- ✓ Hay tecnologías (en salud o no) que son suntuarias o con propósito cosmético que no mejoran la capacidad funcional o vital de las personas.
- ✓ Hay tecnologías en salud sobre las cuales aún se está experimentando.

- ✓ Hay tecnologías o servicios que no están autorizados para ser usados en el país.

Adicionalmente la relevancia de las exclusiones pesa ante todo en los beneficios que para la salud de los ciudadanos tiene el no exponerlos a tecnologías inseguras o inefectivas, e indirectamente liberar recursos para invertirlos en forma apropiada en aquellas tecnologías que contribuyen a su recuperación y el mantenimiento de su salud.

Por último, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del MSPS, en cabeza de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento, ha desarrollado una herramienta informática denominada Mi Vox Pópuli, la cual permite mejorar la comunicación directa con los interesados en el PTC y mantenerlos actualizados de cada una de las fases.

La herramienta Mi Vox Pópuli para consulta de toda la ciudadanía. (Consultar en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/resultados-pos.aspx> sección Exclusión).

Nota: los avances en el desarrollo del proceso de exclusiones con participación ciudadana se encuentran presentados en Mi Vox Pópuli.

4.15. MIPRESCRIPCIÓN-MIPRES PARA SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC: RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

Con la expedición de la Ley 100 de 1993 y la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud se establecieron obligaciones a las Entidades o Empresas Promotoras de Salud–EPS, las cuales inicialmente, estaban en la obligación de garantizar el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y servicios de salud, asimismo, medicamentos y dispositivos médicos; las actualizaciones e inclusiones al denominado plan de salud obligatorio, con el artículo 162 y 182 de la Ley 100 de 1993, se generaron aspectos negativos en la garantía a las necesidades en salud.

En vista que las EPS no garantizaban el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, dispositivos médicos, medicamentos y servicios a la luz del MAPIPOS, se impetraron varias acciones de tutela y la Honorable Corte Constitucional en su ejercicio del poder jurisdiccional, expidió en el año 2008 la Sentencia T-760; dicho fallo expidió varias órdenes a las diferentes autoridades administrativas, entre ellas, este ente ministerial.

En el proceso se realizó una reforma al Sistema por parte del Legislador, expidiendo las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, en la Ley 1122 de 2007 se creó la Comisión de Regulación en Salud, Unidad Administrativa Especial, asignándole funciones de actualización de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS) y la definición del valor de la Unidad de Pago por Capitación –UPC (entre otras).

En años posteriores, el Honorable Congreso de la República nuevamente reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y con la expedición de la Ley 1438 de 2011, se ordenó con su artículo 25 que la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud (POS) debería realizarse cada dos (2) años, cumpliendo los criterios y lineamientos de la Ley 100/93, 1438/11 y la Sentencia T-760/08, igualmente, en dicho transcurrir del tiempo, la Honorable Corte Constitucional, creó la sala especial de seguimiento a las ordenes especiales y genéricas a la Sentencia T-760 de 2008.

En dichas ordenes, se evidenció que los agentes y actores del SGSSS estaban generando barreras de acceso a los afiliados y por ende negación de servicios, con argumentos, como:

- Por no estar listados dentro de las normas del POS, no tenían que garantizar los medicamentos, procedimientos, actividades, intervenciones y servicios que se requerían para las necesidades en salud y la finalidad del servicio.
- Que se crearon mecanismos administrativos para realizar análisis y estudios como los Comités Técnicos Científicos–CTC.
- En tal sentido, se fueron incrementando los recobros al Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA).

De lo anterior, se expidieron autos de seguimiento por parte de la sala especial de seguimiento a la sentencia T-760/08 de la Honorable Corte Constitucional, en la que ordenaron al Ministerio de Salud y Protección Social se realizaran cambios estructurales y se implementaran mecanismos que agilizaran el proceso de recobro y se mejoraran los tiempos y flujos de los recursos por vía de recobro.

En el tránsito legislativo se concedieron facultades extraordinarias al Gobierno Nacional y se reestructuró el Ministerio de Protección Social, escindiéndose y creándose los Ministerios de Trabajo y Salud y Protección Social; con el Decreto Ley 4107 de 2011 se establecieron las funciones y estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, aunado a lo anterior, con los Decretos 2560 y 2562 de 2012 se liquidó la CRES, se asignaron y retomaron funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se reestructuró el Ministerio, con creación de las

Direcciones de Regulación de Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones y la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud; esta última, con dos subdirecciones, la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento y la Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

La Subdirección de Beneficios en Aseguramiento en cumplimiento de las funciones establecidas por el Decreto 2562 de 2012 artículo 8 entre otras está la de “... elaborar las propuestas sobre la definición y modificación de los Planes Obligatorios de Salud (POS); coordinar las actividades y análisis que se requieran en el Ministerio o con los diferentes actores relacionados con los contenidos y definición de los Planes de Beneficios y preparar los informes respectivos...”

Es así como, al establecer los criterios, propuestas y análisis para establecer los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS) y al cumplirse en cumplimiento del mandato legal y jurisprudencial emanado de la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, frente a la igualación y unificación de los contenidos de los planes de beneficios para los regímenes contributivo y subsidiado se dieron los cumplimientos a las ordenes respectivas y los autos de seguimiento de la sala especial.

Sin embargo, al ser el proceso los proyectos de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento del MSPS, en aplicación de las metodologías implementadas y avaladas por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, los mecanismos y procedimientos para la actualización integral son dispendiosos, lentos y cumplen criterios adicionales en el marco de los presupuestos y el marco fiscal de mediano y largo plazo.

De ahí que, con la jurisprudencia reiterada y el desarrollo de la salud, como derecho fundamental, en principio como conexo y posteriormente como autónomo, se realizó un ejercicio interdisciplinario e interinstitucional, donde se cursó en el poder legislativo en compañía del poder civil y autoridades técnicas y científicas mediante los gremios y asociaciones y el poder ejecutivo, resultado de lo anterior fue la sanción de la Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015, por la cual se reconoce la salud como derecho fundamental autónomo y se establecen mecanismos de protección a dicho derecho.

Es de resaltar, que en el marco y reglamentación de la norma estatutaria y su control previo de constitucionalidad a través de la Sentencia C-313 de 2014 por parte de la Honorable Corte Constitucional se estructuró una migración de un plan explícito de listas positivas mediante los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS) y sus actualizaciones integrales que fueron cursando y migrando

a un plan de beneficios implícito con fuentes de financiación propias estructurados en el marco legal y reglamentario, a un contenido explícito de listas negativas (exclusiones explícitas) que en cumplimiento de la Ley 1751 de 2015, artículo 15 se establecen criterios para los servicios y tecnologías que no serán reconocidas con recursos públicos asignados a la salud, y que la Honorable Corte Constitucional en la prenombrada Sentencia C-313 de 2014 declaró dicha exequibilidad.

Sin embargo, en el desarrollo y reglamentación de los mecanismos de protección, la metodología de actualización, y el enfoque a través de tecnologías en salud, quedan en el desarrollo propio de la actividad científica y la innovación tecnológica, tecnologías y servicios que no serán financiados con recursos de la UPC, por lo que se implementa y desarrolla el mecanismo de protección individual, que en el periodo 2019 a 2020 ha cursado con un desarrollo que desde el recobro ante el FOSYGA se han estructurado mecanismos de ajuste, procesos y procedimientos en cumplimiento de las ordenes de la Sentencia T-760 de 2008 y los autos de seguimiento respectivos, frente al recobro por ser tecnologías en salud no financiados con la UPC (antes NO POS).

El Ministerio de Salud y Protección Social, con la expedición de la Resolución 5395 de 2013, producto del cumplimiento del auto 263 de 2013 y la Sentencia T-760/08 de la Corte, por la cual impartió órdenes para la adopción de medidas necesarias para la aprobación de los servicios de salud no incluidos en el POS y relacionadas con el derecho al recobro ante FOSYGA. La sala especial de seguimiento de la Corte Constitucional, verificando las órdenes vigésima cuarta y séptima, el procedimiento de recobro para que fuese ágil y asegurase el flujo oportuno y suficiente de recursos para financiar los servicios de salud; igualmente, que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcionase de manera eficiente. En su momento el FOSYGA desembolsara oportunamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro, situación que en su momento no se cumplió, por lo que, con la expedición del precitado auto, se expidió la Resolución 458 de 2013, con la cual se unifico el procedimiento de recobro.

De igual manera, se expidieron el Decreto Ley 019 de 2019, y en su artículo 122 estableció las divergencias recurrentes, sin perjuicio de los mecanismos alternativos de solución de conflictos, para cuando se presentarán glosas entre las entidades recobrantes y el FOSYGA. A su vez, con el Decreto 1865 del 2012, el cual reglamentó el mecanismo de saneamiento de cuentas por recobro cuando se presente divergencias recurrentes estableció el trámite para la solución de éstas.

En desarrollo del proceso ágil y oportuno del recobro y el flujo de recursos se han venido estructurando lineamientos y criterios, así como mecanismos y expedición de actos administrativos.

Con la Resolución 5395 de 2013 se unificó el procedimiento de recobros que las entidades recobrantes debieron seguir para la verificación, control y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación y órdenes judiciales (fallos de tutela).

Sin embargo, a pesar de haberse unificado el procedimiento de recobro, la Honorable Corte Constitucional en su sentencia T-760/08 como la sala especial de seguimiento a las órdenes y que dicha corporación adicionalmente ordenó adoptar medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC (antes NO POS), expidió el auto de seguimiento 071 de 2016, ordenando rediseñar de manera oportuna, profunda y efectiva el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro; todo lo anterior con fundamento en la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud-LES) artículos 17 que garantizó la autonomía profesional en la cual habrá de ejercerse en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica, y la prohibición de todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional. Además, la misma norma estatutaria en su artículo 19 estableció que, con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes datos generados por los actores, se implementara una política que incluyera un sistema único de información en salud, para tal efecto los agentes del sistema deben suministrar información que requiriera este ente ministerial.

Así las cosas, se expide la Resolución 1328 de 2016, la cual en su artículo 1 tuvo por objeto establecer el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, garantía de suministro y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC y fijó los requisitos, términos y condiciones para la presentación de recobros y cobros ante FOSYGA.

Con el acto administrativo previamente enunciado se implementó una herramienta tecnológica que se denominó inicialmente Mi Prescripción (MIPRES), aplicativo que debía cumplir algunos requisitos y condiciones previas al registro y diligenciamiento por parte de los agentes y actores del SGSSS, conforme obligaciones y competencias establecidas por la normatividad vigente y lineamientos a través de los documentos y manuales de usuarios.

La implementación, actualización, ajuste y modificaciones tanto de la herramienta como del proceso de recobro/cobro genero la expedición de los correspondientes actos administrativos.

Tabla 41. Avances

Punto de Partida	¿Qué estamos haciendo?	¿A dónde queremos llegar?
<p>Procedimientos, Actividades, Intervenciones, Medicamentos y Dispositivos médicos que no se encontraban cubiertos con la UPC (NO POS) y que se recobraban ante el FOSYGA y se implementó el procedimiento administrativo del Comité Técnico Científico-CTC</p>	<p>En cumplimiento de los autos de seguimiento de la sala especial a la sentencia T-760/08 en lo respectivo a recobros.</p> <p>Con la expedición de la Resolución 5395 de 2015 y posteriormente de la Resolución 1328 de 2016 se implementó la herramienta tecnológica MIPRES, el proceso de recobro/cobro, el acceso de tecnologías en salud no financiadas con la UPC y servicios complementarios.</p> <p>Optimizó el procedimiento que deben seguir las entidades recobrantes, para presentar los recobros; además mejora el flujo de recursos y el acceso oportuno de servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.</p> <p>Gestiona un manejo veraz, oportuno y transparente de la información y de los recursos.</p> <p>Establece un arsenal terapéutico mayor y una relación directa y transparente entre el profesional de la salud y el afiliado al SGSSS (paciente-usuario).</p> <p>La Ley 1753 de 2015 artículo 66 se dio creación a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES; entidad que reemplaza en sus funciones a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social encargada del FOSYGA.</p> <p>En el 2019, con la expedición de la Ley 1955 “por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” se estableció la centralización en salud y se garantizó que a partir del 1º de enero de 2020 las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la</p>	<p>Que todos los afiliados al SGSSS tenga la garantía y protección al derecho fundamental a la salud, que se resuelvan las necesidades en salud y la finalidad del servicio con tecnologías en salud y servicios que se requieran para los resultados óptimos en salud.</p> <p>Que no existan barreras de acceso y negación de servicios para los afiliados al SGSSS en los regímenes contributivo y subsidiado del aseguramiento en salud.</p> <p>Que el flujo de recursos sea adecuado para la efectividad, eficacia y eficiencia del SGSSS.</p> <p>Que, a través del desarrollo y ampliación de los beneficios en salud, el mecanismo de protección colectiva (UPC, presupuestos máximos) abarque y evidencie un plan implícito donde todo está financiado.</p> <p>Qué los indicadores de resultado y progreso a las ordenes 23 y 27 de la Sentencia T-760 de 2008 se establezcan en alto y por ende puedan cerrarse.</p>

Punto de Partida	¿Qué estamos haciendo?	¿A dónde queremos llegar?
	UPC y servicios complementarios del régimen subsidiado no serán a cargo de los entes territoriales, sino la ADRES realizará el proceso de recobro/cobro.	

La implementación de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES en el Régimen Subsidiado requirió la armonización de los procesos involucrados en el suministro de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, esto es:

- **Prescripción.** La implementación de la herramienta de prescripción MIPRES para el Régimen Subsidiado requirió la definición de un módulo que sea consultado por las entidades territoriales, el cual permite realizar el control y seguimiento de los servicios y tecnologías que son prescritos por los profesionales de la salud. Es importante mencionar que para este proceso se expidió la Resolución 2438 de 2018, a través de la cual se estableció el proceso de acceso, reporte de prescripción y garantía de suministro.
- **Suministro.** En los casos en que las entidades territoriales hayan optado por el modelo centralizado de la Resolución 1479 de 2015, la herramienta de prescripción MIPRES cuenta con la funcionalidad de direccionar el suministro de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC a su red contratada. Por su parte, para el modelo II, a través del cual se garantiza el suministro por la red de las EPS, funciona en los mismos términos que se encuentra planteada para el régimen contributivo. Es importante resaltar que, sin importar el modelo de gestión, el acto administrativo prevé los tiempos de suministro de las tecnologías y el reporte de éste a través del aplicativo.
- **Reconocimiento y pago.** Teniendo en cuenta la autonomía otorgada a los territorios en la Constitución Política, para la definición de sus procesos y procedimientos, entre ellos el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados del régimen subsidiado; así como las disposiciones contenidas en la Resolución 1479 de 2015 relacionadas con el modelo de garantía de suministro; este Ministerio evidenció que la implementación de la herramienta requirió el ajuste del procedimiento de cada uno de los Departamentos y Distritos en virtud de las capacidades administrativas, técnicas y tecnológicas de cada entidad. En razón a lo anterior, el proyecto de acto administrativo establece que la activación en MIPRES requiere que se remita a este Ministerio:

- ✓ Copia el acto administrativo a través del cual se adopta el modelo de gestión de qué trata el artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015 y demás documentos operativos que se requieran para la implementación del nuevo modelo
- ✓ Certificación del representante legal de la entidad territorial en la cual se garantice la realización de la auditoría externa o interna

Dicha revisión permitió la articulación entre la herramienta de prescripción y el procedimiento de verificación, control y pago establecido por las entidades territoriales, con el fin de evitar traumatismos o generación de barreras de acceso que impidan la garantía del derecho a la salud. Para lo cual, este Ministerio realizó la asistencia técnica a las 37 entidades, con el objetivo fundamental de realizar el acercamiento con la herramienta de prescripción, realizando una presentación de los requerimientos funcionales, así como de los aspectos generales de la misma. Por otro lado, se efectuó una capacitación que permita sensibilizar sobre las necesidades de modificación del proceso de verificación, control y pago en virtud de la implementación de MIPRES a los diferentes actores involucrados en el proceso.

A la fecha del presente informe se tiene un avance del 100% en la adopción de la herramienta por parte de las entidades territoriales, de acuerdo con el siguiente detalle:

Tabla 42. MIPRES

ITEM	ENTIDAD TERRITORIAL	FECHA DE ENTRADA EN OPERACIÓN MIPRES
1	DEPARTAMENTO DE NARIÑO	1/10/2018
2	DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO	1/01/2019
3	DEPARTAMENTO DEL CAUCA	1/01/2019
4	BOGOTÁ, D.C.	1/01/2019
5	DEPARTAMENTO DEL CASANARE	1/02/2019
6	DEPARTAMENTO DEL QUINDIO	1/03/2019
7	DEPARTAMENTO DE SUCRE	12/03/2019
8	SANTA MARTA	18/03/2019
9	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	1/04/2019
10	DEPARTAMENTO DE RISARALDA	1/04/2019
11	DEPARTAMENTO DEL CAQUETA	1/04/2019
12	DEPARTAMENTO DE CALDAS	1/04/2019
13	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA	1/04/2019
14	DEPARTAMENTO DE BOYACÁ	1/04/2019
15	DEPARTAMENTO DE BOLIVAR	1/04/2019
16	DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	1/04/2019
17	DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	1/04/2019
18	DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA	1/04/2019

ITEM	ENTIDAD TERRITORIAL	FECHA DE ENTRADA EN OPERACIÓN MIPRES
19	DEPARTAMENTO DEL CESAR	2/04/2019
20	DEPARTAMENTO DEL NORTE DE SANTANDER	2/04/2019
21	DEPARTAMENTO DEL GUAINIA	3/04/2019
22	BARRANQUILLA	3/04/2019
23	DEPARTAMENTO DEL TOLIMA	4/04/2019
24	DEPARTAMENTO DEL HUILA	5/04/2019
25	DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE	5/04/2019
26	DISTRITO DE CARTAGENA	8/04/2019
27	DEPARTAMENTO DE SANTANDER	8/04/2019
28	DEPARTAMENTO DEL VAUPES	12/04/2019
29	DEPARTAMENTO DEL META	16/04/2019
30	DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO	17/04/2019
31	DEPARTAMENTO DEL ARAUCA	23/04/2019
32	DEPARTAMENTO DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	26/04/2019
33	DEPARTAMENTO DEL CHOCO	13/05/2019
34	DEPARTAMENTO DEL VICHADA	1/06/2019
35	DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS	2/07/2019
36	DISTRITO DE BUENAVENTURA	1/08/2019
37	DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	1/10/2019

Fuente: Oficina TIC, MSPS. MIPRES

4.16. VALORES MÁXIMOS DE RECOBRO

La introducción del concepto de Valores Máximos de Recobros (VMR) se realiza para reducir la variación en los precios recobrados ante la ADRES por medicamentos por fuera de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Esta medida busca hacer más eficiente el gasto público, para que cada vez más los recursos de la salud se destinen a que los colombianos tengan un mayor acceso y calidad en estos servicios, base fundamental de la equidad. Los VMR permiten tener transparencia y trazabilidad para controlar las conductas de las EPS en el cobro de los servicios o medicamentos que se reciben por fuera del plan de beneficios con cargo a la UPC. Son fundamentales para la no repetición de deudas en el sector salud y mejoran el actuar de las EPS. La decisión aplica para EPS, IPS y las demás instituciones recobrantes que suministren a sus afiliados medicamentos y servicios que no están financiados por la UPC, los cuales se entregan a través de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES y se cobran a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Mediante las Resoluciones 1019 y 3078 de 2019 se fijaron valores máximos de cobro y recobro que pueden solicitar las entidades ante el Gobierno Nacional por los medicamentos y las tecnologías en salud que no están financiados por la UPC. Previamente se había definido una metodología (a través de las Resoluciones 243 y 738 de 2019) y con ello se aplicó una fórmula técnica y justa a los montos máximos que cobran las EPS e IPS por grupos terapéuticos relevantes. Anteriormente, había gran dispersión por los valores que, por ejemplo, las EPS cobraban al sistema de salud por un mismo medicamento administrado a un paciente. Cerca de 1.600 medicamentos hacen parte de un primer conjunto. Dentro de este grupo están los que se emplean para controlar el colesterol, antigripales y analgésicos. A finales del año anterior, mediante Resolución 3514 de 2019 se actualizaron los VMR para la vigencia 2020, donde se obtuvo un ahorro del 20% en la presente vigencia, frente al valor recobrado en 2019.

4.17. TRANSFORMACIÓN DE LOS RECOBROS Y PRESUPUESTOS MÁXIMOS

Con la creación de la Ley 100 de 1993 se definió el Plan de Salud, antes conocido como Plan Obligatorio de Salud luego como Plan de Beneficios, en el cual los asegurados cuentan con una serie de servicios en salud que son financiados con cargo a una prima denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Las tecnologías y servicios en salud que no se encontraban financiadas en el mencionado plan eran asumidas por el Estado bajo la figura de recobros, los cuales con el pasar de los años se transformaron en una fuente de gasto desmedido y sistemático (Marín & Ramos, 2014) para obtener la financiación de procedimientos y medicamentos no cubierto con la UPC, sin que ello garantice el derecho fundamental a la salud, los cuales en un principio fueron autorizados por la vía constitucional a través de la tutela.

De acuerdo con la literatura de 2003 a 2007 se evidenció que los recobros crecieron más de nueve veces, pasando de \$113 MM a \$918MM (Gutiérrez de Piñeres, 2009). En el análisis realizado por la Contraloría General de la República, la inducción del uso de la tutela para acceder a la salud por parte de los aseguradores, en si misma se les convirtió rentable a estos, debido a que la mayoría de los fallos judiciales les ordenan la protección del derecho autorizándoles su recobro. También se ha utilizado acciones judiciales para inducir consumos (nuevos diagnósticos, tratamientos, medicamentos, servicios, equipos médicos) (Contreras, 2008).

Según el informe emitido por la Defensoría del Pueblo (2018) “La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social”, en 2017 se radicaron 197.655 tutelas que invocaban el derecho a la salud, que corresponden al 32,5% del total de tutelas en el país, mientras que en 2018 fueron 207.734, correspondientes al 34,2% del total, incrementándose en 5,1%. El derecho a la salud es el segundo derecho más invocado vía tutela desde 2009, solamente superado por el derecho de Petición, duplicándose la cantidad de tutelas por este ítem de 2010 con cerca de 100 mil a poco más de 200 mil en 2018. En cuanto a las instituciones con mayor número de tutelas en salud, de 2017 a 2018, cuatro EPS concentran el 45% de las tutelas, las cuales ascienden a un poco más de 186 mil tutelas en los dos años.

En el marco de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social observó que la demanda del pago de los servicios y tecnologías del mecanismo de protección individual, es decir, de aquellos que no están cubiertos con los recursos de la UPC, presentó crecimiento acelerado cuya tendencia pone en riesgo la sostenibilidad económica del sistema de salud y la continuidad del servicio público en términos de equidad, calidad y eficiencia para los residentes colombianos.

Para contribuir a la integralidad en la atención de los pacientes y la sostenibilidad del sistema con base en la gestión del riesgo en salud se plantea la estrategia del Presupuesto Máximo, la cual tiene por objetivos asignar recursos destinados a la financiación de las tecnologías en salud y servicios NO UPC a cada una de las EPS de forma ex ante, de acuerdo con su comportamiento histórico y prospectivo para el año 2020, y estimular la gestión del riesgo en salud por parte de las aseguradoras bajo el principio de integralidad, lo que a la postre contribuye al sostenimiento del sistema de salud.

Para el cálculo del Presupuesto Máximo de la vigencia de 2020 se tomaron las cantidades iniciales del año 2018, así como los grupos relevantes recobrados en 2019 (prestaciones del año 2019) y que no fueron recobrados en 2018 para el caso de medicamentos y APME, lo cual quedó definido en las Resoluciones 205 y 206 de 2020.

El Presupuesto Máximo del régimen contributivo se calculó con la información reportada por parte de la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social, correspondiente a las Bases de datos de recobros/cobros de medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019.

En cuanto al régimen subsidiado, se referenció el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS por parte de las Entidades

Territoriales y Entidades Promotoras de Salud que operan en dicho régimen, correspondiente a las vigencias 2015 a 2019, conformando una base final de servicios recobrados; y con base en el reporte de tutelas del régimen subsidiado que hace la ADRES a este ministerio.

Los servicios y tecnologías en salud financiados con cargo al presupuesto máximo corresponden a los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios asociados a una condición de salud, que se encuentren autorizados por autoridad competente del país, no se encuentren financiados por la UPC ni por otro mecanismo de financiación, que no se encuentren excluidos de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Así mismo, los servicios y tecnologías no considerados para el cálculo del presupuesto máximo fueron los siguientes:

- Medicamentos que se encuentran financiados con recursos de la UPC u otras fuentes de financiación, los Vitales No Disponibles, los adquiridos a través de compra centralizada o por medio de acuerdos de riesgo compartido, los que contengan el principio activo *nusinersen*.
- Los expresamente excluidos por este Ministerio o aquellos que cumplan alguno de los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015, salvo los ordenados por autoridad judicial
- Los procedimientos en salud nuevos no descritos en la CUPS y no reconocidos por otra fuente de financiación.
- Los servicios complementarios que no estén asociados a una condición en salud y que por su naturaleza deban ser cubiertos por fuentes de otros sectores, salvo los ordenados por autoridad judicial.

La definición e implementación del presupuesto máximo fortalece, concentra y obliga al uso de la herramienta MIPRES como única herramienta para la prescripción, suministro y facturación de las necesidades en salud de los afiliados, lo cual contribuye al manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de la información en salud, además de ayudar a la corrección de posibles falencias en la trazabilidad de las prescripciones y suministro, lo que redundará en el mejor control del paciente por parte del profesional de la salud y en la integración de estos datos en la planeación de los servicios de salud que realiza este Ministerio, así como para la tarea de auditoría, seguimiento y control al uso del presupuesto máximo que deberá realizar la ADRES.

Una de las fortalezas del presupuesto máximo es que cada aseguradora dispondrá de la información de las prestaciones recibidas por sus afiliados y contará con los recursos de financiación de los servicios y tecnologías en salud (UPC y NO UPC) de forma ex ante, generando flujo de caja, estimulando nuevas

formas de contratación, contribuyendo así al desarrollo de la gestión clínica y del riesgo dado que abarca todos los servicios y tecnologías con cargo a la UPC y los financiados con presupuesto máximo. Igualmente, el Plan Nacional de Desarrollo permite que las aseguradoras utilicen mecanismos financieros que permitan mitigar el impacto económico de posibles desviaciones.

De cara al paciente, el presupuesto máximo contribuye a la prestación de servicios y tecnologías en salud de forma integral y completa, con independencia de la forma de financiación o cobertura. Conjuntamente, esta forma de financiación tiene el potencial de reducir los trámites de tipo administrativo que afectaban la continuidad de los tratamientos, lo cual propende por la transparencia de los procesos a favor de los afiliados.

Con la implementación de los presupuestos máximos se evita que se desfinancien las tecnologías y servicios en salud cubiertos con la UPC, prima que anteriormente respaldaba en el régimen contributivo la dispensación o entrega de las prestaciones No UPC, hasta tanto se diera el recobro efectivo, por lo que se estimula la eficiencia en el uso de recursos.

Los cambios suscitados con la implementación del presupuesto máximo en el régimen subsidiado requieren de especial atención y seguimiento, toda vez que se centralizó el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC con base en los principios del derecho fundamental a la salud, definidos por el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, especialmente los relacionados con eficiencia, sostenibilidad, progresividad y equidad para efectos de lograr una mayor cobertura y calidad en la prestación de los servicios de salud en el territorio nacional.

4.18. SUBSIDIOS PARCIALES EN EL ASEGURAMIENTO

Colombia se ha acercado en los últimos años a la cobertura universal del aseguramiento en salud, ejemplo de esto es que actualmente existe una cobertura del más del 95% de la población en el territorio. Como parte de los mecanismos que buscan cerrar esta brecha, el gobierno nacional estipuló en el artículo 242 de la ley 1955 de 2019, la creación de la Contribución Solidaria en Salud. Por un lado, este mecanismo posibilita que la población no pobre y no vulnerable, que no alcanza a cubrir el monto total de contribución en el régimen contributivo, pueda afiliarse al régimen subsidiado.

Por otro lado, esta población lo hace a través de una contribución parcial, lo que genera un ingreso adicional que permitirá avanzar en la garantía de la sostenibilidad financiera del SGSSS.

Desde la aprobación del mecanismo en la citada ley se han definido varios elementos de su operación y de la focalización de la población objetivo. La misma ley estipuló que el instrumento de focalización sería el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – SISBEN. En este sentido, se ha considerado que los beneficiarios del mecanismo serían aquellos que tengan ingresos por encima de 2,5 líneas de pobreza y menos de 7 privaciones en calidad de vida, información que será tomada de la última metodología del SISBÉN.

Como se evidencia a continuación, con base en la Gran Encuesta Integrada de Hogares-GEIH (2014-2015), encuesta usada para el diseño de la última metodología del SISBÉN, la población que sería beneficiaria potencial del mecanismo sería de cerca de tres millones de personas (2.960.084 exactamente). Estas personas provendrían de dos segmentos, los que no están afiliados en la actualidad y los que actualmente se encuentran en el régimen subsidiado.

Tabla 43. Cálculos Preliminares Potenciales de Contribución Solidaria en Salud

Nivel de ingresos	Total personas	Afiliados contributivo	Afiliados otro**	Afiliados subsidiado	No afiliados
Menor o igual a 2.5 LP	32.392.348	9.760.206	381.879	19.541.833	2.616.200
Mayor a 2.5 LP y menor o igual a 3 LP	3.162.725	1.972.608	132.405	834.604	223.108
Mayor a 3 LP y menor o igual a 3.5 LP	2.307.496	1.565.740	126.287	462.873	152.596
Mayor a 3.5 LP y menor o igual a 5 LP	3.732.966	2.678.357	255.374	572.542	226.693
Mayor a 5 LP y menor o igual a 7 LP	2.101.433	1.617.630	187.864	187.364	108.575
Mayor a 7 LP	2.671.638	2.205.027	274.882	108.598	83.131
Subtotal Potenciales	2.960.084	0	0	2.165.981	794.103
Total general	46.368.606	19.799.568	1.450.921	21.707.814	3.410.303

Fuente: Elaborado por el Equipo de Contribución Solidaria con base en GEIH 2014-2015

Adicionalmente, en cuanto a las tarifas se determinó, al tomar como base el SISBEN se estimó que, para el grupo de personas con la combinación de condiciones de calidad de vida e ingresos más bajos, debería asignársele la tarifa más baja.

En la medida en que las personas clasificadas según estas dos dimensiones se encuentren en una mejor situación, debería asignárseles una tarifa más alta.

Asimismo, se contemplaron otros dos criterios, que el grupo de tarifas: ii) conservara una distribución del ingreso similar a la inicial una vez se haya aplicado la tarifa, iii) que se pudiera conseguir el mayor recaudo.

Tomando todas estas condiciones, los cálculos preliminares indican que, en un contexto de implementación operativa total, los estimados de recaudo anual serían de \$953 mil millones. Sin embargo, al considerar que es un mecanismo nuevo, que implica un gran esfuerzo por afiliar a personas que actualmente no se encuentran en el sistema y que posiblemente requerirá de ajustes en su implementación, se está considerando una meta a dos años desde su implementación del 20% de recaudo de los no afiliados, equivalente a \$15 mil millones.

4.19. CRÉDITOS Y DONACIONES DE LA BANCA MULTILATERAL ATADOS AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y LA SOSTENIBILIDAD

En el 2019 el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público–MHCP y el Ministerio de Salud y Protección Social–MSPS como organismo ejecutor, inició gestiones con la banca multilateral para negociar un crédito externo por USD 300 millones que se destinarán al financiamiento parcial del rubro de aseguramiento del presupuesto del MSPS; la operación se ejecutará bajo la implementación de un instrumento de crédito basado en resultados PFR (por sus siglas en inglés), lo que significa que la programación de desembolsos estará condicionada a los resultados que se obtengan en dos componentes que se han definido para el desarrollo del “Programa para mejorar la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia con enfoque inclusivo”, relacionados con la eficiencia del gasto en salud para garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS y el mejoramiento de la calidad en la atención en salud, sin desconocer el impacto que la migración desde Venezuela ha ocasionado en la sostenibilidad del sistema.

Los recursos del empréstito financiarán cerca del 6% del rubro presupuestal de aseguramiento del MSPS, tendrán la misma ejecución a través de la bolsa de recursos de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES, y no se destinarán a financiar componentes o acciones diferentes a lo dispuesto a la utilización de los recursos administrados por la ADRES (Artículo 67 de la Ley 1753 de 2015) ni financiarán las actividades

descritas para cada componente del Programa, por cuanto la estructura de una operación de desembolsos contra resultados está orientada a obtener impactos positivos para el apoyo en la implementación de programas gubernamentales, en este caso del sector salud; los recursos desembolsados se constituyen como reconocimiento a los resultados asociados a la eficiencia y calidad en la prestación de servicios de salud y a la eficiencia en el gasto.

Es así que el cumplimiento de los resultados en el componente de calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud, se verificará a través del seguimiento a los siguientes indicadores:

- Regulaciones actualizadas y nuevas que definen los procesos y estándares para la certificación (habilitación) y la acreditación de proveedores de servicios de salud y para la acreditación de EPS que incluyen estándares de gestión ambiental.
- Incentivos introducidos al sistema de pagos para alcanzar mejor calidad en la atención a la salud y mayor eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de cáncer.
- Número de departamentos/distrito con seguimiento a actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la salud en la herramienta que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de los acuerdos MAITE.

Así mismo, respecto al componente de eficiencia del gasto, el desembolso de los recursos estará sujeto al cumplimiento de los siguientes indicadores:

- Ahorro por valores máximos de recobro en servicios y tecnologías no financiadas con la UPC del régimen contributivo.
- Aumento de la eficiencia en el gasto farmacéutico como consecuencia de políticas regulatorias del mercado farmacéutico.
- Número de migrantes elegibles afiliados al Sistema General de la Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Adicionalmente al préstamo, y dada la necesidad de brindar atención con calidad y eficiencia a la población migrante de Venezuela, el Programa cuenta con financiamiento de recursos no reembolsables gestionados por cada banco. Una vez se legalice la operación con la firma del convenio, se establecerá el monto que cada banco financiará y el respectivo uso para esos recursos.

Finalmente, a la fecha de elaboración de este informe, el Gobierno Nacional ante la emergencia sanitaria por el COVID-19 se encuentra gestionando con el Banco Mundial (BM) una operación de apoyo presupuestario (*Development Policy Loan* -DPL), a efectos de presentarla a la Junta Ejecutiva del Banco Mundial para su aprobación en junio de 2020. El objetivo de desarrollo del proyecto es "Apoyar al Gobierno de Colombia en la protección de la salud pública, la protección de hogares y apoyo a las empresas en respuesta a la crisis COVID-19".

En este contexto, el BM a través de la concertación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público-MHCP y el Departamento Nacional de Planeación-DNP, logró identificar diez posibles "acciones previas" que el Gobierno de Colombia ha adoptado para hacer frente a la crisis COVID-19 como parte de su respuesta integral.

Estas acciones previas serán reconocidas y descritas en el Documento del Programa DPL como justificación para el financiamiento propuesto, y se encuentran clasificadas por Pilares según la temática para el fortalecimiento o apoyo que el Gobierno Nacional se propone ejecutar ante a la crisis ocasionada por el COVID-19, así: **Pilar I Salvaguarda a la Salud Pública** (como parte de este proceso, el MSPS formuló indicadores de resultado enmarcados en la normatividad reciente que el Gobierno Nacional ha expedido para la atención de la actual emergencia sanitaria), **Pilar II Protección a los Hogares** y **Pilar III: Apoyo a las Empresas**.

Para cada acción previa, se acordará un "indicador de resultados" que medirá los resultados obtenidos de esta acción en los siguientes meses. El Gobierno Nacional informará al BM sobre los progresos en los indicadores de resultados.

4.20. PROFUNDIZACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA POLÍTICA FARMACÉUTICA

En Colombia, la Política Farmacéutica (PFN) ha sido el marco mediante el cual se han desarrollado los objetivos y estrategias en materia farmacéutica desde 2012, para mejorar el acceso, la oportunidad de dispensación, la calidad y el uso adecuado de medicamentos en función de las necesidades de la población colombiana independientemente de su capacidad de pago. Su formulación respondió a los principios constitucionales asociados al derecho a la salud y fue adoptada como política pública por el Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES, en el documento CONPES 155.

Para su implementación se contemplaron 10 estrategias centrales. Las tres primeras son transversales por su relevancia e impacto frente al diagnóstico de problemas identificados y consisten en:

- Contar con información confiable, oportuna y pública sobre acceso, precios, uso y calidad de medicamentos.
- Contar con instituciones rectoras eficaces y eficientes.
- Fortalecer el recurso humano del sector farmacéutico.

Las demás estrategias apuntan a:

- La regulación de precios y del mercado.
- Fortalecer la rectoría y vigilancia sanitaria
- Mejorar la sostenibilidad ambiental y aprovechamiento de la biodiversidad.
- La disponibilidad de medicamentos de acuerdo a las necesidades nacionales y regionales.
- Desarrollar programas especiales de acceso.
- Diseñar redes de servicios farmacéuticos
- La promoción del uso adecuado de medicamentos.

Así mismo, teniendo en cuenta que el control de precios es una herramienta legítima del Estado para mejorar el acceso, fomentar mejores resultados en salud y avanzar en equidad, años atrás el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos–CNPMDM implementaron los controles de precios que han buscado realizar una contención del gasto en medicamentos, especialmente en aquellos que más impactan al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través del mecanismo de recobro.

Incluye una metodología de referenciación internacional de precios de medicamentos en Colombia y, a partir de una serie de criterios de concentración, nivel de precios y participación en el mercado, decide la incorporación o no de un medicamento al régimen de control directo.

Esta metodología establece los precios de regulación en el punto mayorista de la cadena de suministro, sin distinción de canal de comercialización, es decir, institucional y comercial. A partir de ello se han regulado miles de medicamentos, lo que ha significado ahorros para el SGSSS los cuales pueden reinvertirse en la salud de los habitantes de Colombia.

En particular, en 2018 se realizaron dos procesos regulatorios en los que se incorporaron al régimen de control directo cerca de 900 presentaciones

comerciales, estimando ahorros de \$360 mil millones, a través de la Circular 7 de 2018³⁴ y la Circular 8 de 2018.³⁵

En 2019 se avanzó en la regulación de más mercados relevantes (hoy Circular 10 de 2020), incluyendo algunos en el canal comercial que entró en vigor en 2020. El ahorro estimado de esta regulación es de \$320 mil millones y una disminución.

La nueva regulación incluye presentaciones comerciales de fármacos para tratamientos como: diabetes, enfermedades respiratorias, óseas, oncológicos, desordenes metabólicos, afecciones cardíacas, oftalmológicos y urológicos, que se vendían en el país por encima de los precios de referencia internacional. La selección de medicamentos que entran a control de precios se hace analizando la información reportada al Sistema de Información de Precios de Medicamentos–SIMED, las solicitudes de cobro o recobro hechas a la ADRES y medicamentos nuevos que no han sido regulados.

En algunos casos, de acuerdo con la nueva regulación, los precios que paga el sistema de salud por estos medicamentos se reducirán hasta en 84%. Aunque la regulación se orienta a puntos mayoristas, los colombianos podrían beneficiarse al acudir a las farmacias. Por eso se insiste en la autorregulación que debe tener la industria farmacéutica al fijar precios en Colombia, para que genere mayor acceso y equidad.

También se ha avanzado en una nueva metodología de referenciación internacional de precios de medicamentos, se expidió la guía de comparabilidad para biosimilares y se dio continuidad a las compras centralizadas de medicamentos.

4.20.1 Resultados de PFN 2020

El control de precios de medicamentos ha sido uno de los principales logros de la política farmacéutica de 2012. Esta estrategia fue reconocida por la Corte Constitucional, Sentencia T-760-08³⁶ como una acción legítima para salvaguardar la protección efectiva del derecho fundamental a la salud puesto

³⁴ 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"

³⁴ "Por la cual se modifica parcialmente la Circular 07 del 2018"

³⁵ "Por la cual se modifica parcialmente la Circular 07 del 2018"

³⁶ Sentencia T-760 de 2008, por la cual se reconoce el derecho a la salud y dio órdenes a distintos organismos del Estado para garantizar su goce efectivo y hacer cumplir la cobertura universal y el acceso efectivo.

que facilitó el acceso equitativo a medicamentos que anteriormente representaban un costo elevado para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sus beneficiarios.

De acuerdo con los datos de la Dirección de Medicamentos, como resultado del control directo hasta 2020, se han producido ahorros de aproximadamente 5,3 billones de pesos por la regulación de 2.500 presentaciones comerciales de medicamentos, algunos de los cuales se recobran frecuentemente al sistema.

Circular 10 de 2020. La expedición de la Circular 10 de 2020, incorporó al régimen de control directo 770 presentaciones comerciales, se actualizaron los precios por medio del IPC de los medicamentos en control directo que no se encontraban actualizados y por primera vez se incluyeron 4 Medicamentos Vitales No Disponibles. Estos medicamentos fueron referenciados en el segundo semestre del 2019 y se seleccionaron de acuerdo con: la información reportada al SISMED, las solicitudes de cobro/recobro a la ADRES y medicamentos nuevos que no han sido regulados. La circular entró en vigencia desde el 28 de marzo de 2020 y se estima que generará un ahorro de 320 mil millones aproximadamente.

Circular 11 de 2020. Esta Circular modifica parcialmente los artículos 1,4, y 6 de la Circular 10 de 2020. Dicha modificación, se realizó debido a que durante el proceso de consulta pública de la Circular 10 de 2020, se generaron comentarios relacionados con la apertura de algunos mercados relevantes y su revisión de precios de referencia internacional. Por lo tanto, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, procedió a revisar las mencionadas solicitudes y se determinó realizar ajustes a algunos contenidos de la Circular expedida. Estas modificaciones se materializaron en otro proyecto de circular, en donde se incluyeron los mercados relevantes que no habían hecho parte previamente. Se surtió el proceso de consulta pública desde el 18 de marzo hasta el 25 de marzo de 2020. Finalmente se publicó y entro en vigor el 1º de abril la Circular 11 de 2020.

Nueva metodología de regulación de precios de medicamentos. La metodología establecida para la aplicación de régimen de control directo de precios de medicamentos, ha permitido la contención del gasto desde el año 2013. Sin embargo, se han identificado puntos de posibles mejoras que ayudarían a contener el gasto de una manera más eficiente, como por ejemplo la aplicación del control por principio activo. Este cambio significativo tendría una mayor cobertura de control y evitaría la evasión de la regulación por parte de la industria, al solicitar nuevas presentaciones.

Por lo tanto, la actualización de la mencionada metodología, es un proceso que la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos ha venido adelantando desde inicios del año 2019 junto con los actores interesados a través de diferentes mesas de trabajo. Hasta el momento, este proceso ha surtido la primera consulta pública que se llevó a cabo desde noviembre a diciembre de 2019, y la cual generó cerca de 300 comentarios provenientes tanto de la industria farmacéutica, como de sociedad civil, academia e instituciones prestadoras de salud. Se tiene esperado continuar con la respuesta a dichos comentarios, a finales de mayo ya que la Comisión ha tenido que priorizar los asuntos que se derivan diariamente de la pandemia por COVID-19.

Guía de comparabilidad. La Guía para la Evaluación de la Comparabilidad de medicamentos biológicos, se expidió mediante la Resolución 2950 de 2019 y entro en vigor el 6 de mayo de 2020. Esta guía establece los lineamientos para la realización y evaluación del ejercicio de comparabilidad, completo o de algunas de sus fases, a través de la ruta de la comparabilidad o de la ruta abreviada de la comparabilidad, o cuando existan cambios relevantes en el proceso de manufactura en un medicamento biológico con registro sanitario que puedan afectar la calidad, seguridad y eficacia del producto, independientemente que el medicamento sea pionero o competidor.

Por lo anterior, esta guía permite garantizar la calidad, la seguridad y la eficacia de los biosimilares y simultáneamente, incorporar los avances técnicos que permitan, sin reducir la rigurosidad de la evaluación, evitar barreras de entrada innecesarias con el fin de ampliar las opciones terapéuticas de menor precio y de alta calidad, que representen ahorros en el gasto en salud y por lo tanto ampliación del acceso a medicamentos.

Compra centralizada de medicamentos. Como parte de las acciones propuestas dentro de la política farmacéutica para mejorar el acceso a medicamentos de alto costo y la sostenibilidad financiera del SGSSS, se estableció el mecanismo de compra centralizada que consiste en la adquisición de medicamentos priorizados por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de Salud (OPS); de manera que se logren menores precios por la demanda agregada de las necesidades del sistema.

La compra centralizada de tratamientos para Hepatitis C (Daclastavir, Sofosbuvir/ledispavir, Sofosbuvir) desde 2017 hasta 2019, ha beneficiado a 1.005 pacientes por la adquisición de 2.560 tratamientos y ha producido ahorros importantes para el sistema de salud por más de \$410 mil millones. Con respecto a los resultados clínicos, según el informe más reciente de la Cuenta

de Alto Costo–CAC elaborado a partir de los reportes de las EPS, durante este periodo se han obtenido tasas de curación del 96%.

Durante el año 2020, se finalizó la construcción y respectiva radicación de los estudios previos para ejecutar la cuarta compra centralizada de medicamentos para Hepatitis C, con el fin de continuar con el tratamiento de pacientes del régimen subsidiado y contributivo, por \$16 mil millones aproximadamente. Así mismo, ha avanzado con la entrega de medicamentos (Sofosbuvir/Velpatasvir) a las EPS de ambos regímenes, mediante el envío de 9.044 tabletas para garantizar el tratamiento y mejora de los pacientes prescritos con la enfermedad.

5. OTROS RESULTADOS DE LA GESTIÓN DEL MINISTERIO Y RETOS

5.1. MODELO DE ACCIÓN INTEGRAL TERRITORIAL–MAITE

El Modelo de Acción Integral Territorial–MAITE, adoptado mediante la Resolución 2626 del 27 de septiembre de 2019, surge del reconocimiento de la descentralización de la salud, las particularidades y diferencias de cada territorio y la capacidad del Ministerio para dar apoyo a los mismos en 8 líneas de acción: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios, financiamiento, talento humano, enfoque diferencial, aspectos intersectoriales y gobernanza.

Para su implementación, se concertaron 37 planes de acción del MAITE con las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, con 1.466 compromisos, con una ejecución a diciembre 31 de 2019, así: 718 (49%) ejecutados, 632 (43%) en ejecución y 116 (8%) por iniciar. Los departamentos con 100% de ejecución de su Plan de Acción corresponden a Quindío, Huila, Cundinamarca y Boyacá; seguidos por el Distrito de Barranquilla 95%, y los departamentos de Atlántico 95%, Córdoba 93% y Casanare 90%.

Para la promoción de su ejecución, durante 2019 y 2020 se realizaron cuatro encuentros de Secretarios Departamentales y Distritales de Salud, en los cuales se establecieron contactos con las entidades territoriales para la identificación y diagnóstico de sus necesidades en salud, la firma de los Planes de Acción del MAITE, socialización de los logros y retos en su implementación, el lanzamiento del aplicativo del MAITE, así como el fortalecimiento de las nuevas autoridades de salud.

En el marco anterior, se llevó a cabo el posicionamiento de Modelo a nivel territorial con las nuevas administraciones, entre el 15 de enero y el 11 de febrero de 2020, tendiente a su apropiación por parte de los secretarios de salud y sus equipos, actores sectoriales e intersectoriales, agentes del Sistema y grupos sociales; la construcción del diagnóstico territorial teniendo en cuenta las prioridades de territorio y recomendaciones del Ministerio; y la construcción del plan de acción de forma articulada con un cronograma de trabajo con los actores.

5.2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y DE OPERACIONES

5.2.1 Gestión Administrativa

- **Gestión de la Contratación:**

- ✓ **Compras a través de los fondos de la OPS/OMS.** Con el fin de maximizar los recursos disponibles obteniendo las mayores ventajas en términos de calidad y precio, se han adelantado compras de biológicos, medicamentos e insumos a través de los fondos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, lo que se traduce en importantes ahorros con respecto a los precios encontrados en el mercado nacional. Las compras a través de los fondos de la OPS/OMS garantizan los principios de Competencia, Economía, Transparencia y publicidad, Igualdad y Eficiencia.

Desde abril de 2019 hasta abril de 2020 se han adelantado cuatro compras a través de los fondos de la OPS/OMS que han generado ahorros totales para el Ministerio por \$577.760,8 millones, así:

- MSPS-RE-007-2019: Adquisición de medicamentos para el tratamiento de la malaria, leishmaniasis, tuberculosis, enfermedad de chagas y la infección respiratoria aguda por \$2.358,3 millones permitiendo ahorros por \$930,8 millones frente a lo que hubiesen costado en el mercado local.
- MSPS-RE-011-2019: Adquisición de 336.432 toldillos de larga duración para el control de enfermedades transmitidas por vectores como la malaria, dengue, zika, chikunguña por \$2.881,1 millones generando ahorros por \$4.856,8 millones frente a su valor en el mercado local.
- MSPS-RE-004-2020: Adquisición de biológicos e insumos para el Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI por \$322.534,2 millones permitiendo ahorros por \$569.628,6 millones frente a lo que hubiesen costado en el mercado local.
- MSPS-RE-005-2020: Adquisición de medicamentos para el tratamiento de la malaria, leishmaniasis, tuberculosis, enfermedad de chagas y la infección respiratoria aguda por \$4.340,9 millones posibilitando ahorros por \$2.344,6 millones frente a lo que hubiesen costado en el mercado local.

- **Eficiencia energética**

Durante las vigencias 2019 y 2020 se trabaja para implementar un Sistema de Eficiencia Energética para la entidad, con el cual se pueden cumplir las obligaciones en materia de austeridad del gasto y racionalización del consumo del recurso energético. Entre las medidas adoptadas para ahorrar energía se destacan las acciones contractuales mancomunadas con la Subdirección de Gestión de Operaciones del MSPS, ya que se adquirieron telemidores de energía en los principales centros de consumo para gestión interna, tales como Ascensores, UPS, Tableros Generales, Datacenter, con cuya información y su posterior análisis se logran focalizar e implementar las acciones tendientes a racionalizar el gasto. En este mismo sentido se realizó el cambio a iluminación LED.

Otra acción adelantada consistió en el traslado de cargas en los transformadores con los que opera la sede principal del Ministerio, que se traduce en el cambio de medida de la energía eléctrica del edificio de Nivel I a Nivel II lo cual generó una disminución del costo del kWh de \$100, que se refleja en un ahorro mensual en la factura aproximado de \$4 millones, equivalentes al 8% del valor de la misma. Como reto en la vigencia 2020 se plantea alcanzar la certificación en la norma ISO 50001.

5.2.2 Gestión financiera

Tabla 44. Ejecución Ministerio de Salud y Protección Social–2019

TIPO DE GASTO	APROPiación FINAL	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	% Particip.	% de ejecu.	% obliga.
GASTOS DE PERSONAL	\$63.551.907.246	\$60.573.426.974	\$60.530.829.084	0,23%	95,31%	95,25%
GASTOS GENERALES	\$18.706.135.433	\$16.943.832.399	\$15.624.972.009	0,07%	90,58%	24,59%
TRIBUTOS, MULTAS, SANCIONES, INTERESES MORA	\$18.512.038.000	\$18.494.758.031	\$18.494.758.031	0,07%	99,91%	29,10%
TRANSFERENCIAS	\$27.616.034.730.699	\$27.609.435.134.344	\$24.541.708.706.662	97,86%	99,98%	99,73%
INVERSIÓN	\$503.294.037.792	\$493.288.519.161	\$473.642.182.207	1,78%	98,01%	94,11%
TOTAL EJECUCIÓN	\$28.220.098.849.170	\$28.198.735.670.909	\$28.110.001.447.993	100%	99,92%	99,61%

La apropiación presupuestal final del Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia de 2019 fue de \$28.199.496,4 millones, luego de que, mediante Decreto 2412 del 31 de diciembre de 2019, se definiera un aplazamiento que finalmente se convirtió en un recorte presupuestal.

La composición de la asignación presupuestal hizo marcado énfasis en el financiamiento de las actividades misionales del Ministerio, especialmente aquellas destinadas a la atención de la población. De esta manera, su destinación para inversión fue de \$503.294 millones y para transferencias corrientes \$27.634.546,8 millones lo que representa el 1,75% y 97,84% respectivamente, para un total del 99,64% de la apropiación final destinada a cubrir los programas misionales del Ministerio. Por su parte, los gastos de administración tuvieron una apropiación de \$100.770 millones (\$63.551,9 millones gastos de personal, \$18.706,1 millones adquisición de bienes y servicios y \$18.512,0 millones de tributos, multas, sanciones e intereses moratorios), que representan el 0,36% de la apropiación final.

La ejecución de estos recursos estuvo destinada a la atención del Aseguramiento en Salud, atención de Programas de Promoción, Prevención y Atención en Salud Pública, Programas de Promoción Social, al financiamiento de programas de formación para profesionales de la Salud y al fortalecimiento de la Red de Emergencias, entre otros, como se detalla en cada uno de los apartes del informe que presentan cada una de las áreas técnicas responsables.

En lo que tiene que ver con los gastos de administración, el Ministerio ha presentado una ejecución razonable y eficiente, debiendo destacar que en lo que concierne al ítem de “tributos, multas, sanciones e intereses de mora”, la ejecución refleja casi en su totalidad el valor de la cuota de auditaje que se pagó a la Contraloría, debiendo señalar que dicha apropiación no fue suficiente frente a la liquidación notificada por Resolución por parte de dicho órgano de control, como no lo fue en años anteriores, circunstancia que ha significado para el MPSS el inicio de procesos coactivos por parte de la Contraloría por el pago no oportuno de este valor y de procesos disciplinarios por el mismo concepto, a solicitud de la misma entidad.

La ejecución de los recursos asignados comparada con la apropiación final, muestra una ejecución por compromiso del 99,58% y por obligación del 99,27%, debiendo aclarar que la diferencia entre los compromisos y las obligaciones en su inmensa mayoría se generó por la imposibilidad de registrar como cuenta por pagar el valor de elementos y servicios recibidos, ante la no asignación de PAC, de conformidad con lo establecido en la normatividad expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público sobre el tema. De esta forma, con una ejecución de los gastos administrativos que representó el 0,34%, tanto por compromiso como por obligación, del total de la apropiación final. La ejecución total del Ministerio estuvo en el 99,92% por compromiso y el 99,61 por obligación.

5.2.3 Gestión de operaciones

La Subdirección de Gestión de Operaciones del MSPS es la dependencia encargada de formular, ejecutar y controlar los procedimientos y mecanismos para la administración adecuada de los recursos físicos, bienes, insumos y medicamentos, necesarios para el funcionamiento del Ministerio. En este sentido, para el periodo comprendido de junio de 2019 hasta mayo de 2020, la gestión de la subdirección presenta los siguientes resultados:

- **Proyectos de inversión.** Desde la Subdirección de Gestión de Operaciones se proyectó y ejecutó el proyecto de inversión “Remodelación de las Sedes del Ministerio de Salud y Protección Social Bogotá”. **Código BPIN:** 2018011000081

Tabla 45. Gestión de Operaciones

ACTIVIDAD	PROCESO CONTRACTUAL	PRESUPUESTO EJECUTADO	RESULTADOS A LA FECHA
Suministro, instalación y puesta en funcionamiento de sistema de iluminación LED para el Ministerio de Salud y Protección Social	710 de 2019	\$ 192.389.768	Instalación de 2010 luminarias LED. Mejora tecnológica de los sistemas de iluminación del ministerio.
Adecuación y suministro de puestos de trabajo del Ministerio de Salud y Protección Social	729 de 2019	\$ 147.102.800	Instalación de 52 nuevos puestos de trabajo. Mejora en las condiciones de trabajo de servidores públicos y contratistas de la entidad.

Fuente: Secretaría General MSPS

Para 2020 se cuenta con estudios de mercado y estudios previos para el desarrollo de actividades: Realizar el lavado industrial y mejoramiento de las fachadas del edificio del Ministerio de Salud y Protección Social y Suministro e Instalación de sistemas de protección para las sedes del Ministerio de Salud y protección Social.

- **Administración de bienes y recursos físicos:**
 - ✓ Saneamiento de bienes: Se identificó y priorizó para el saneamiento 44 vehículos. Se adelantó gestiones para el proceso de saneamiento y/o cesión de inmuebles, en los departamentos Huila, Chocó, Quindío y Meta.
 - ✓ Administración del Sistema de Inventarios de Bienes: Durante el periodo se adelantaron 1.193 actividades de levantamiento físico de inventarios y traslados en las diferentes dependencias de la entidad. Se remitieron correos

electrónicos a los funcionarios, notificando que su inventario individual se encuentra correcto.

- ✓ Suministro y distribución de papelería, elementos de oficina e impresión: Desde la Subdirección de Gestión de Operaciones se adelantan las acciones necesarias para el suministro y distribución de elementos, útiles de oficina y papelería, supliendo las necesidades de las diferentes dependencias del Ministerio:

Tabla 46. Suministros

OBJETO	PROCESO CONTRACTUAL	PRESUPUESTO EJECUTADO	RESULTADOS A LA FECHA
Suministro y distribución de elementos, útiles de oficina y papelería bajo el sistema de proveeduría integral a precios unitarios fijos para las diferentes dependencias de la Entidad	747 de 2018	\$141.987.083	Se cumple con la demanda de elementos por parte de las diferentes dependencias del Ministerio.
Suministro y distribución de elementos para impresión para las diferentes dependencias de la Entidad	735 de 2018 736 de 2018 737 de 2018 742 de 2019 743 de 2019 744 de 2019	\$ 13.901.580 \$ 72.670.054 \$ 1.756.309 \$ 65.166.780 \$ 30.265.140 \$ 2.965.480	Satisfacción del 100% en términos de amabilidad, oportunidad y tiempos de respuesta ante las solicitudes.

Fuente: Secretaría General MSPS

- **Mantenimiento Integral de las diferentes sedes del Ministerio:**

Se adelantó la ejecución de las actividades de mantenimiento para preservar el correcto funcionamiento de las sedes del ministerio, a través de actividades preventivas y correctivas:

Tabla 47. Mantenimiento

OBJETO	PROCESO CONTRACTUAL	PRESUPUESTO EJECUTADO A LA FECHA	RESULTADOS A LA FECHA
Prestar el servicio de mantenimiento integral (preventivo y correctivo) para los bienes inmuebles y muebles (enseres y mobiliario) de las diferentes sedes del Ministerio de Salud y Protección Social	Contrato 740 de 2018 Valor total: \$ 1.267.842.017	\$ 538.512.961	Realización oportuna de las actividades de mantenimiento integral para instalaciones, enseres y mobiliario, equipos y sistema eléctrico, mecánico e hidráulico y sistemas de acceso y de transporte vertical en las sedes del Ministerio de Salud. Ejecución técnica acumulada: 75% Ejecución financiera acumulada: 70,83%

Fuente: Secretaría General MSPS

- **Programa de seguros MSPS**

El Ministerio de Salud y protección Social cuenta con un programa de seguros que tiene por finalidad amparar los intereses patrimoniales, los bienes de su propiedad y aquellos que están bajo su responsabilidad y custodia, así como a las personas y funcionarios vinculados a cualquier título a la entidad y sus deudores hipotecarios.

Tabla 48. Seguros

OBJETO	PROCESO CONTRACTUAL	PRESUPUESTO EJECUTADO A LA FECHA	RESULTADOS A LA FECHA
Contratar los seguros que amparan los intereses patrimoniales actuales y futuros, así como los bienes de propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social	<p>Contrato 727 de 2018</p> <p>Valor Total: \$ 4.991.091.772</p>	\$ 1.568.304.253	<p>Se asegura cobertura integral de los bienes del Ministerio.</p> <p>Se realizan capacitaciones dirigidas a funcionarios con responsabilidad fiscal y a conductores de vehículos de la entidad, por parte de corredor de seguros incluido en el programa.</p> <p>A través de la póliza Todo Riesgo Daños Materiales se recibe indemnizaciones por \$30.562.657</p> <p>Ejecución financiera acumulada: 74,7%</p>

Fuente: Secretaría General MSPS

5.2.4 Gestión de insumos y operaciones

- **Nacionalización y Transporte de Medicamentos e Insumos:** Con recursos del proyecto de inversión para la Implementación de Acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones–PAI Nacional, se adelantan las actividades correspondientes al servicio de nacionalización, transporte y la distribución a nivel nacional de medicamentos, biológicos e insumos de interés en salud pública, equipos para atención de emergencias y los demás elementos que requiera la entidad.

Tabla 49. Seguros

OBJETO	PROCESO CONTRACTUAL	PRESUPUESTO EJECUTADO A LA FECHA	RESULTADOS A LA FECHA
Realizar las actividades propias	Contrato 487 de 2019	\$4.439.854.629	Transporte y distribución a entidades territoriales y secretarías de salud,

OBJETO	PROCESO CONTRACTUAL	PRESUPUESTO EJECUTADO A LA FECHA	RESULTADOS A LA FECHA
de nacionalización de los medicamentos, biológicos e insumos importados y el transporte (aéreo y terrestre) de los mismos que requiera la Entidad.	Valor total: \$5.385.036.519		de los medicamentos e insumos necesarios para la implementación del Programa Ampliado de Inmunizaciones–PAI Nacional, Atención y equipos de emergencia, evaluados en: \$ 247.032.188.903 Ejecución técnica acumulada: 89% Ejecución financiera acumulada abril 2020: 82%

Fuente: Secretaría General MSPS

- **Almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos**

El Ministerio cuenta con un almacén general destinado al almacenamiento, guarda, custodia, empaque y distribución de biológicos, jeringas, medicamentos, equipos y demás insumos de uso en salud pública. Con el fin de garantizar el cuidado y estabilidad de los medicamentos y la conservación de los demás insumos según las condiciones de temperatura y humedad recomendadas, se llevaron a cabo deferentes actividades:

Tabla 50. Seguros

OBJETO	PROCESO CONTRACTUAL	PRESUPUESTO EJECUTADO A LA FECHA	RESULTADOS A LA FECHA
Mantenimiento integral preventivo y correctivo de los cuartos fríos de la bodega sede de zona franca, propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social en la ciudad de Bogotá, D.C.	472 de 2019 Ejecución técnica y financiera: 100% 1230 de 2019 Ejecución Financiera: 32%	\$ 408.216.176	Mantenimiento preventivo y correctivo de los cuartos fríos, con el fin de garantizar la conservación de la cadena de frío, en concordancia con los lineamientos y especificaciones de Buenas Prácticas de Almacenamiento.
Adquisición y calibración de equipos de medición para el Almacén General del Ministerio de Salud y Protección Social	590 de 2019	\$ 58.119.600	Adquisición de tres (3) termómetros laser infrarrojos y calibración de 265 equipos de medición para el Almacén General del Ministerio de Salud y Protección Social

OBJETO	PROCESO CONTRACTUAL	PRESUPUESTO EJECUTADO A LA FECHA	RESULTADOS A LA FECHA
Adquisición de paquetes fríos o pilas refrigerantes para la conservación de cadena de frío en la operación del Almacén General del MSPS	738 de 2019	\$ 209.995.785	Adquisición de 38.588 paquetes fríos o pilas refrigerantes.
Adquisición de cajas de icopor para la operación del Almacén general del Ministerio de Salud y Protección Social.	614 de 2019	\$ 83.970.900	Adquisición de 1.950 cajas de icopor para el proceso de empaque y embalaje de biológicos.
Realizar la disposición final de medicamentos, biológicos e insumos de interés en salud pública de conformidad con la normatividad sanitaria y ambiental vigente.	583 de 2019	\$ 20.399.806	Se realizó la disposición final adecuada de 17.700 kg de medicamentos, biológicos y demás insumos de uso en salud pública.

Fuente: Secretaría General MSPS

5.2.5 Gestión documental

El Grupo de Administración Documental del MSPS, en el marco de la normatividad archivística impartida por el Archivo General de la Nación desarrolló en el período en mención las siguientes acciones:

- Se logró certificar la aprobación de las TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL por parte del Archivo General de la Nación-AGN. Adicionalmente en octubre de 2019, el Archivo General de la Nación realizó la Inscripción de las T.R.D. del Ministerio de Salud en el Registro Único de Series Documentales (RUSD).
- Automatización de algunos procesos tales como recibo de correspondencia y radicación en ventanilla en el gestor documental Orfeo e implementación en el mismo del módulo de transferencias primarias.
- Diagnóstico del diseño del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivos (SGDEA).

5.2.6 Gestión de soporte a las tecnologías

En el periodo junio de 2019 a mayo 2020 se destaca la consecución de los siguientes logros en aspectos del soporte a las tecnologías:



- Certificación en protocolo IPV6: adopción, implementación y despliegue del protocolo IPV6 para el Ministerio.
- Creación de los ambientes contingentes sobre las aplicaciones administrativas (intranet, correo electrónico, directorio activo, Orfeo), garantizando la creación del plan de continuidad de negocio sobre los procesos administrativos que estaban auditando para certificar al Ministerio en la norma ISO 27001.
- Actualización y mejoras a los componentes audiovisuales y de red de la Sala de Crisis del Centro Nacional de Enlace.
- Actualización y ampliación de la Infraestructura de Telecomunicaciones a las salas de reuniones de las diferentes dependencias del Ministerio, en especial a la sala de reuniones de la Oficina de Control Interno Disciplinario del Ministerio para la realización de audiencias con la confidencialidad y seguridad requeridas.
- Se desarrollaron varios módulos de Orfeo: expediente híbrido, respuesta en conjunto, comisiones/desplazamientos y viáticos, módulo de administración de documentos recibidos por empresas de mensajería y respuesta en línea.
- Implementación del software para el seguimiento a niños con cáncer enmarcado dentro de la Estrategia Nacional de Seguimiento a Enfermedades Priorizadas bajo la coordinación de la Dirección de Epidemiología y Demografía.
- Actualización de los instrumentos archivísticos: Programa de Gestión Documental 2019-2022-PGD, Plan Institucional de Archivos 2019-2022-PINAR, levantamiento del Modelo de Requisitos de Documentos Electrónicos-MOREQ.
- Eliminación de documentos correspondientes a tutelas de los años 1999 a 2011 del archivo de la entidad, en cumplimiento de las Tablas de Retención Documental.

5.3. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y EL PROGRAMA ENTORNO LABORAL SALUDABLE

El Ministerio en cumplimiento de la normativa Constitucional y legal, y en el marco de los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en forma participativa, diseña y ejecuta la política de talento humano en términos de corresponsabilidad, sin ninguna discriminación, con el propósito de proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los que laboran en el Ministerio, buscando crear y sostener un ambiente laboral que propicie el desarrollo integral que trascienda en sus familias, en la comunidad en general y

que en desarrollo de la responsabilidad social ambiental, promueva estilos de vida orientados a disminuir la huella de carbono personal.

Avances y logros en formación y capacitación:

- 2 diplomados, 2 seminarios y 4 cursos con 217 participantes.
- Convenio ICETEX: aprobados 21 créditos condonables; 9 nuevos y 12 renovaciones.
- Ingreso al módulo de inducción y reinducción al servicio: 1.421 ingresos al módulo.
- Programa de Bilingüismo: 244 usuarios.
- Pasantías 23 pasantes y renovación de convenios con Universidades Nacional, Distrital y la Salle.

Avances y logros en Seguridad y salud en el Trabajo:

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica Biomecánico: 4.677 atenciones a personas.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica Riesgo Psicosocial: 1.189 atenciones a personas.
- Promoción y Prevención: 2.849 atenciones a personas.
- Entrega de elementos ergonómicos: 212 elementos entregados.
- Entrega de elementos de emergencia: 1.229 elementos entregados.
- Entrega de elementos de protección personal: 7.626 elementos entregados.
- Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST): 10 servidores públicos participantes.
- Simulacro de evacuación: 894 personas participantes.

Avances y logros en Hábitos Saludables:

- Clases de Rumba: 482 participantes.
- Programa de Acondicionamiento Físico: 3.290 participantes.
- Clases Grupales: 1.110 participantes.
- Placita Saludable: 496 participantes.
- Día de la Cultura MinSalud y Semana de Estilos de Vida Saludables: 274 participantes.

Avances y logros en Gestión, Incentivos, Estímulos y Reconocimientos:

- Programa Orientación al Retiro: 6 módulos y juegos con 101 participantes.
- Día de la Mujer: 196 participantes.
- Día de la Secretaria: 114 participantes.
- Día del Padre: 75 participantes.
- Día del Servidor Público: 160 participantes.
- Teletrabajo: 20 teletrabajadores.

- Reconocimiento a la antigüedad: 700 participantes.
- Orientaciones pensionales: 57
- Entrega dotación a 76 servidores públicos.
- Permisos sindicales: se autorizaron 151 permisos, representados en 325 días.

Avances y logros en Ministerio en Familia:

- Día del Ministerio en Familia: 709 Participantes.
- Expofamilia: 45 participantes.
- Vacaciones Recreativas infantiles y adolescentes para hijos de servidores públicos: 1.060 Participantes.
- Exponavidad: 64 participantes.
- Recorrido Navideño en Familia: 300 personas participaron.
- Feria de Servicios: 135 participantes.

Avances y logros en Planeta Saludable:

- Caminatas Ecológicas: 180 participantes.
- Semillero Ambiental: 20 participantes.
- Caravana Minsalud – Día sin carro: 32 Participantes.
- Concurso de Disfraces con materiales reciclados: 89 participantes.
- Biciusuarios: 9 inscritos y beneficiarios del programa.

Avances y logros en Sistema de Información para la Planeación y Gestión del Talento Humano:

- Ejecución del proyecto de inversión de talento humano “Fortalecimiento del Entorno Laboral en el Ministerio de Salud y Protección Social a nivel Nacional” para la vigencia 2019 en cumplimiento de las metas de gestión y cobertura.

Tabla 51. Ejecución del proyecto 2019

OBJETIVO ESPECIFICO	PRODUCTO	ACTIVIDAD	PRESUPUESTO 2019	EJECUTADO 2019	% Eje.
Fortalecer el desarrollo de las capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias fundamentales de quienes laboran en el Ministerio.	Servicio de Apoyo Financiero para el Fortalecimiento del Talento Humano	1. Gestionar convenios y programas de educación	-	-	-



OBJETIVO ESPECIFICO	PRODUCTO	ACTIVIDAD	PRESUPUESTO 2019	EJECUTADO 2019	% Eje.
Elevar el interés de participación de los servidores públicos y sus familias en actividades de hábitos saludables, seguridad y salud en el trabajo, gestión, estímulos, incentivos y reconocimientos, actividades en Familia y en protección y mejoramiento del medio ambiente.	Servicio de Educación Informal para la Gestión Administrativa	2. Realizar actividades de promoción y prevención de la salud, la identificación, evaluación y control de los riesgos laborales y la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG – SST.	16.200.000	2.607.885	16%
		3. Desarrollar las actividades de las estrategias del Ministerio en familia; Hábitos Saludables; Gestión, incentivos, estímulos y reconocimientos; Sistema de información para la planeación y gestión del talento humano y, Planeta saludable para el cumplimiento de los objetivos institucionales.	171.620.210	171.620.210	100%
		4. Gestionar capacitaciones en educación para el trabajo y desarrollo humano.	112.179.790	112.179.790	100%
TOTAL			300.000.000	286.407.885	95,47%

Fuente: Secretaría General MSPS

Tabla 52. Ejecución del proyecto 2020

OBJETIVO ESPECIFICO	PRODUCTO	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO 2020	Ejecut. 2020	% Ejec.	Observación
Fortalecer el desarrollo de las capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias fundamentales de quienes laboran en el Ministerio.	Servicio de Apoyo Financiero para el Fortalecimiento del Talento Humano	1. Gestionar convenios y programas de educación	-	-	-	Se trasladaron los recursos para el producto 3.



OBJETIVO ESPECIFICO	PRODUCTO	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO 2020	Ejecut. 2020	% Ejec.	Observación
Elevar el interés de participación de los servidores públicos y sus familias en actividades de hábitos saludables, seguridad y salud en el trabajo, gestión, estímulos, incentivos y reconocimientos, actividades en Familia y en protección y mejoramiento del medio ambiente.	Servicio de Educación Informal para la Gestión Administrativa	2. Realizar actividades de promoción y prevención de la salud, la identificación, evaluación y control de los riesgos laborales y la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG – SST.	16.000.000	-	0%	Se inició proceso pre contractual para las actividades programada a través del proyecto de inversión – Estrategia Seguridad y Salud en el Trabajo en el mes de febrero/2020 Teniendo en cuenta la contingencia por la pandemia de COVID-19, se hace necesario replantear la forma de ejecución de las actividades para que el componente teórico se ejecute de manera virtual y programar la etapa práctica dando cumplimiento a los protocolos de bioseguridad requeridos.
		3. Desarrollar las actividades de las estrategias del Ministerio en familia; Hábitos Saludables; Gestión, incentivos, estímulos y reconocimientos; Sistema de información para la planeación y gestión del talento	184.000.000	-	0%	En concordancia con la orden de aislamiento por la emergencia del Covid 19, las actividades que componían este contrato no se podían ejecutar en la forma en la que se



OBJETIVO ESPECIFICO	PRODUCTO	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO 2020	Ejecut. 2020	% Ejec.	Observación
		humano y, Planeta saludable para el cumplimiento de los objetivos institucionales.				habían adelantado y el proceso de contratación quedó suspendido por tanto se ha desarrollado un cronograma para el segundo semestre donde cuenta con la ejecución del contrato buscando llegar a los servidores desde la virtualidad y la presencialidad con el desarrollo de actividades que beneficien y aporten en sana convivencia, desarrollo del ser en estas instancias de la contingencia.
		4. Gestionar capacitaciones en educación para el trabajo y desarrollo humano.	100.000.000	-	0%	Para este 2020, se identificaron las siguientes necesidades de capacitación a contratar, para ejecutar presencial o virtual: Competencias Comportamentales, para el Desarrollo del Servidor Público Gerencia Pública Liderazgo y Desarrollo

OBJETIVO ESPECIFICO	PRODUCTO	ACTIVIDADES	PRESUPUESTO 2020	Ejecut. 2020	% Ejec.	Observación
						de Equipos con Alto Talento Humano Humanización en Salud ISO 45001: 2018 El cual estaba programado para el segundo semestre pero teniendo en cuenta la contingencia por la pandemia de COVID-19, es necesario replantear los términos del contrato teniendo en cuenta que inicialmente se la capacitación era de forma presencial y por obvias razones es necesario cambiarlo a virtual lo cual genera cambios en todo el proceso contractual.
TOTAL			300.000.000	-	0%	

Fuente: Secretaría General MSPS

5.4. ATENCIÓN AL CIUDADANO

- **Implementación del Modelo de servicio al ciudadano en el sector salud a nivel nacional**

El Ministerio de Salud y Protección Social avanzó en iniciativas con las entidades del sector administrativo en salud como la socialización del protocolo de servicio al ciudadano del sector administrativo de salud con enfoque diferencial,

la socialización de la Guía de servicios de salud, un documento de ayuda al ciudadano que interactúa con el sector salud y se realizaron actividades de cultura de servicio, que incluyeron jornadas de sensibilización y aprendizaje de liderazgo dirigido a servidores públicos con especial atención a los ciudadanos y fortalecimiento de habilidades en servicio a jefes de área del Ministerio.

Con el fin de integrar las iniciativas mencionadas anteriormente, se identificó la necesidad de proponer, definir e implementar el Modelo de Servicio al Ciudadano del sector administrativo de salud y establecer los documentos técnicos que permitirán estandarizar criterios de atención al ciudadano y ofrecer lineamientos en el servicio al ciudadano sectorial.

Para el periodo 2019-2022 el Grupo de Atención al Ciudadano formuló el Proyecto de inversión denominado “IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SERVICIO AL CIUDADANO EN EL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL”, con el cual durante 2019 se avanzó en la generación del Modelo y sus lineamientos técnicos con nueve (9) entidades del sector administrativo de salud y el acompañamiento del Departamento Nacional de Planeación a través del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano PNSC. A continuación, se relaciona el detalle de cada uno de los logros alcanzados en este sentido:

- **Liderazgo y coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social en la construcción del Modelo Integral de Servicio al Ciudadano sectorial**

El Modelo tiene como propósito constituirse como la línea de base para la construcción, actualización y ajuste de la política de servicio al ciudadano para cada una de las entidades participantes.

Con este fin se efectuó el diagnóstico de las escalas de madurez del servicio y una línea de base para proponer estándares para la excelencia en el servicio basados en el Modelo de Gestión Pública Eficiente al Servicio del Ciudadano. Con el mismo fin se convocaron mesas y talleres de co-creación.

- **Centro Especializado de Servicio al Ciudadano**

En 2019 se formalizó el lanzamiento del Centro Especializado de Servicio al Ciudadano ante las entidades del sector salud y se cargó la información básica y específica proporcionada por cada una de las entidades del sector.

Actualmente se avanza en fomentar la usabilidad del Centro por parte de las oficinas de atención al usuario de las entidades, una prueba piloto con los

ciudadanos para conocer sus percepciones, aportes, mejoras y experiencia en general haciendo uso de la herramienta y la implementación para consulta de los ciudadanos.

- **Ajustes razonables para la población sorda**

Para fomentar la accesibilidad que deben tener los sitios web de consulta ciudadana se realizó la adaptación de los contenidos de mayor relevancia del Centro Especializado de Servicio al Ciudadano a la Lengua de Señas Colombiana a través de los ajustes razonables consistentes en la producción de gifs y videos de referencia que poseen características técnicas accesibles, como son: el audio (voz), subtitulación o generador de caracteres e interpretación en Lengua de Señas Colombiana.

El Modelo Integral de Servicio al Ciudadano Sectorial-MISC se implementará con las entidades del sector administrativo de salud, a partir del documento técnico elaborado en la vigencia 2019 por el Grupo de Atención al Ciudadano, según la siguiente tabla:

Tabla 53. MISC

VIGENCIA	COMPONENTE MISC
2020	Direccionamiento estratégico.
	Cultura de Humanización y Excelencia del Servicio.
2021	Procesos y procedimientos armonizados.
	Cobertura y Canales Accesibles.
2022	Información Confiable y Accesible.
	Medición de la Calidad/Excelencia del Servicio.

Fuente: Secretaría General MSPS

- **Centro Especializado de Servicio al Ciudadano**

En 2019 se formalizó el lanzamiento del Centro Especializado de Servicio al Ciudadano ante las entidades del sector salud y se cargó la información básica y específica proporcionada por cada una de las entidades del sector.

Actualmente se avanza en fomentar la usabilidad del Centro por parte de las oficinas de atención al usuario de las entidades, una prueba piloto con los ciudadanos para conocer sus percepciones, aportes, mejoras y experiencia en general haciendo uso de la herramienta y la implementación para consulta de los ciudadanos.

- **Ejecución financiera del proyecto de inversión**

La ejecución para la vigencia 2019 fue del 90% correspondiente a \$134.316,7 millones de \$150.000 millones apropiados. Se constituyeron cuentas por pagar las cuales fueron obligadas en el mes de enero de 2020.

Tabla 54. Proyecto Implementación del modelo de servicio al ciudadano en el sector salud a nivel nacional 2019

APROPIADO	COMPROMISOS	OBLIGADO	CUENTAS POR PAGAR	NO EJECUTADO
\$ 150.000.000	\$ 134.316.666	\$ 95.050.666	\$ 39.266.000	\$ 15.683.334

Fuente: Secretaría General MSPS

Las metas se cumplieron de acuerdo con lo programado para la vigencia 2019. Para la vigencia de 2020 se apropiaron \$150 millones y se han comprometido \$76,4 millones en la suscripción de dos contratos a 30 de julio de 2020, para el desarrollo de las actividades del proyecto de inversión, como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 55. Actividades

ACTIVIDADES (Actividades del Proyecto de inversión)	VALOR ACTIVIDADES (Valor vigente)	VALOR COMPROMETIDO (RP)	VALOR OBLIGADO
Generación del Modelo de Servicio al Ciudadano para el Sector Salud por parte del Ministerio	\$77.250.000	\$46.350.000	\$13.905.000
Desarrollo de acciones de cultura de servicio para la apropiación del Modelo	\$50.000.000	\$30.000.000	\$8.333.333
TOTAL	\$127.250.000	\$76.350.000	\$22.238.333

Fuente: Secretaría General MSPS

- **Canales de atención:** Con la intención de mejorar la oportunidad de respuesta de las PQRSD que se reciben en el Ministerio, se ha fortalecido la atención al ciudadano a través de los canales de atención presencial, escrita, virtual y telefónica a través de:
- **Creación de una Herramienta para el autocontrol de las PQRSD:** Aplicativo PQRSD al día, que permite analizar la información relacionada con PQRSD en tiempo real (conectado con el sistema de gestión documental Orfeo de la entidad), a través de tableros de control que permite filtrar la información de acuerdo a las necesidades de análisis de cada dependencia.
- **Publicación de informes de PQRSD:** En la vigencia 2019, el Grupo de Atención al Ciudadano del MSPS inició la generación de informes mensuales así: uno

para análisis al interior de la dependencia sobre las principales temáticas, características de los usuarios y calificación de la encuesta de satisfacción al usuario en la ventanilla; otro para la medición de tiempo y oportunidad de respuesta a las PQRSD que llegan al Ministerio, llamado Informe de Gestión de PQRSD. Por último, se publica semestralmente un informe de solicitudes de acceso a la información, el cual incluye el tiempo promedio de atención por cada uno de los canales de atención.

- **Monitoreo a la Gestión del canal telefónico.** Periódicamente se realiza un seguimiento a la calidad de respuesta del canal telefónico.
- **Talento Humano para la atención de PQRSD.** El Ministerio de Salud y Protección Social dispuso en 2019 del siguiente talento humano para la atención de los canales de atención al ciudadano: Cuatro (4) servidores públicos (por medio tiempo) para atención presencial más dos (2) servidoras públicas para la atención a población sorda; siete (7) servidores públicos en canales electrónicos y treinta y cuatro (34) agentes para atención telefónica en el Centro de Contacto Telefónico.
- **Actividades de capacitación.** Se brindaron capacitaciones a los funcionarios y contratistas del grupo acerca de temas como: Estructura del Estado, Sistema de Seguridad Social en Salud, Aseguramiento, Talento Humano en Salud, Entidades adscritas y vinculadas, entre otras. Adicionalmente se brindó acompañamiento presencial y entrenamiento a los servidores del grupo y apoyo al Centro Especializado de Servicio al Ciudadano, incrementando el conocimiento de los nuevos servidores públicos.

5.5. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

En materia de tecnologías de la información y las comunicaciones, el Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022, incluye como eje transversal la transformación digital y define como una de sus estrategias “Hacia una sociedad digital e industria 4.0”. El Consejo Nacional de Política Económica y Social, mediante documento CONPES 3975 de noviembre 8 de 2019, aprobó los lineamientos de política pública para la transformación digital e inteligencia artificial (IA), con lo que se busca crear las condiciones habilitantes para que las empresas del sector privado y las entidades públicas se transformen digitalmente. En el sector público se busca generar mayor bienestar social mejorando la interacción entre los ciudadanos y el Estado.

En esta perspectiva, el Ministerio continúa avanzando en la articulación y automatización de procesos, la interoperabilidad de sistemas de información que integran el Sistema Integrado de Información de Salud y Protección Social–SISPRO, y la integración de datos de diversas fuentes, con información centrada en el ciudadano. Ejemplo de ello, son el Sistema de Afiliación Transaccional–SAT, la interoperabilidad de datos de la historia clínica–IHC, y los servicios de información provistos a través de la bodega de datos. Así mismo se avanza en la analítica de datos y en la integración de trámites y servicios a la estrategia gov.co. La emergencia sanitaria decretada el 12 de marzo por el Gobierno Nacional, con motivo de la pandemia por COVID–19, generó nuevos retos con el desarrollo de sistemas para disponer información oportuna a la ciudadanía y para el manejo clínico de los casos de contagio y su seguimiento por parte de las EPS e IPS.

En el Sistema de Afiliación Transaccional se han desarrollado y puesto en operación nuevos servicios al ciudadano y a las empresas que facilitan su realización por medios virtuales. A través de www.miseguridadsocial.gov.co los ciudadanos pueden efectuar la inclusión y exclusión de beneficiarios a salud, la afiliación de independientes cuando se adquiere la capacidad de pago y, la afiliación de oficio desde las IPS y las entidades territoriales para la persona que no se encuentre afiliada al SGSSS, y demande servicios de salud o sea focalizada por la entidad territorial (Decreto 064 de 2020). En materia de riesgos laborales, desde el 1 de enero de 2020 (Resolución 2945 de 2019) las empresas cuentan con la posibilidad de realizar la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, así como el reporte de las novedades de inicio y terminación de relación laboral a los subsistemas de salud y riesgos laborales.

Frente a la Interoperabilidad de la Historia Clínica, artículo 246 del PND 2018–2022, el Conpes 3975 de 2019, la incluye como iniciativa de alto impacto apoyada en la transformación digital, en la que el Ministerio tendrá disponibles los servicios de interoperabilidad de datos de la historia clínica para consumo de las IPS, MINTIC proveerá la plataforma XROAD de interoperabilidad, las entidades y las instituciones prestadoras de salud serán responsables de su infraestructura tecnológica para interoperar. En desarrollo de esta iniciativa se realizó una labor articulada con el Congreso de la República para la expedición de la Ley 2015 de 2020, por medio de la cual se crea la historia clínica electrónica interoperable; se estableció el Modelo de arquitectura de IHC y se desarrolló y pilotearon 2 servicios web, a través de X-ROAD, se establecieron 48 variables de datos mínimos estandarizadas, se estructuró y aplicó el Modelo de Madurez para TIC en 1.400 IPS a nivel nacional, se definieron las competencias digitales para ser incluidas en los currículos de auxiliares en salud, se realizó acompañamiento a proyectos territoriales en este tema, se trabajó en el Proyecto de Decreto para la IHC, y se hizo la primera versión del Modelo de inversión para el

financiamiento y sostenibilidad, la propuesta de proyectos tipo y la articulación con MINTIC, para modelos de financiación a través de recursos de regalías.

El Ministerio dispone servicios de información a través de la bodega de datos del SISPRO, repositorio con más de 37.500 millones de registros provenientes de 45 fuentes, para la consulta por los ciudadanos, por la academia y otros actores a través de reportes predefinidos, consultas dinámicas y mapas dinámicos. En el mes de marzo se realizaron 1.149.986 visitas a la bodega de datos. Durante el periodo se dio continuidad a la gestión para la actualización periódica de las fuentes de información, se integró una nueva fuente de información a la bodega de datos: Registro Nominal de Vacunaciones PAI, y se dispusieron nuevos servicios de información como el Acuerdo de Punto Final y el Modelo de Atención Integral Territorial-MAITE y, el servicio de información geográfico de Ai Hospital Contigo, el cual se lanzó el pasado 12 de febrero. Así mismo se efectuó la actualización de servicios de información, entre ellos, Priorización de eventos en Salud Pública, Plazas de Servicio Social Obligatorio, tablero de control Plan Decenal de Salud Pública, servicios de información de prioridades de salud pública, Sistema de Alertas y Seguimiento a Hospitales Públicos-Ai Hospital, Indicadores ASIS y Ficha departamental y municipal. Esta última permite consultar en el portal del SISPRO, indicadores demográficos, de salud pública y afiliaciones para el total país, por departamento y municipio.

En analítica de datos, se desarrollaron y aplicaron sobre la data del Ministerio los modelos de: i) Modelo Analítico No Supervisado para la Detección de Anomalías en las Prescripciones de Medicamentos; ii) Modelo Analítico Supervisado para la Predicción de Cotizaciones en Salud; y, iii) Análisis de sentimiento a partir de las redes sociales twitter y Facebook de Minsalud y, está en proceso de construcción el Sistema predictivo para determinar las necesidades de Talento Humano en Salud (MSPS/BM) y, el Análisis de Epidemia con Big Data (INS/UNICEF/MSPS).

En cumplimiento de la Directiva Presidencial 02 del 2 de abril de 2019, las entidades públicas se deben integrar al Portal Único del Estado Colombiano (gov.co) con el fin de centralizar la oferta institucional a través de un único punto de contacto. Con este propósito, el Ministerio implementó el Plan de integración 2019-marzo 2020 en 20 trámites y 5 OPAS, acondicionados con alguna de las siguientes opciones para la integración: i) actualización de fichas para los trámites presenciales, ii) interfaz gráfica para los trámites y OPAS que se encuentran en línea; y, iii) servicios web de consulta para dos procedimientos administrativos. Entre los trámites en línea adecuados con la interfaz gráfica para la integración gov.co se encuentran: Afiliaciones colectivas; consulta de Servicio Social Obligatorio-SSO; Certificación de necesidades de recurso humano en salud; formulario solicitud cotización para venta de medicamentos

clasificados como monopolio del estado; formulario de solicitud del certificado de importación de sustancias y/o medicamentos sometidos a fiscalización; formulario de solicitud de formalización de la importación de mercancías fiscalizadas; formulario de solicitud de autorización de compra y venta local de sustancias sometidas a fiscalización; formulario de solicitud de evaluación de idea de proyecto para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas; y, formulario de solicitud de inspección previa al levante de las sustancias sometidas a fiscalización, producto y/o medicamentos que las contengan.

En la factura electrónica, iniciativa del Gobierno que se implementará en las entidades del sector salud y protección social, se avanzó en la definición de estándares de soporte y de intercambio, con un acuerdo con la DIAN sobre la inclusión de variables para el sector salud en el XML de la Factura Electrónica; así mismo se trabaja en la modificación de la Resolución 3047 de 2018, con los soportes definidos que deben acompañar la factura, de acuerdo con los comentarios recibidos en la consulta a la modificatoria de esta norma y, se encuentra en proceso de elaboración el proyecto de decreto para la armonización del artículo 15-Ley 1966 de 2019, con normativa propuesta por la DIAN y está elaborada la propuesta de resolución del XML para el sector salud.

En incapacidades, el Conpes 3956 de 2019, señala que el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una agenda de trabajo con los cambios normativos, operativos y tecnológicos necesarios para facilitar la tramitación de reembolsos de incapacidades de trabajadores por parte de las EPS a las empresas. Para lo anterior, se trabaja en la definición de este sistema, para proceder al desarrollo de la solución tecnológica. En la actualidad se dispone de una propuesta ajustada del sistema de información con las observaciones de las entidades con quienes habrá interoperabilidad: EPS, ARL AFP, Colpensiones, Mintrabajo, Acemi, Fasecolda, Gestarsalud y Asocajas. Se cuenta con la definición de los flujos de los procesos de Expedición, anulación y pago de incapacidades; Recepción de los históricos de incapacidades expedidas por EPS Y ARL, de los periodos 2016 a junio de 2019; y, recepción de los históricos de pago de incapacidades mayores a 180 días, pagadas por las AFP de los periodos 2016 a junio de 2019.

Para atender la emergencia sanitaria producida por el COVID-19 el Ministerio desarrolló la aplicación web SegCovid19, para el seguimiento a los pacientes en aislamiento preventivo, o aquellos que acudan a un servicio de salud y cumplan con los criterios definido para las EPS y las entidades territoriales, quienes reportan a través de este medio, la información requerida por el Ministerio, para poder actuar oportunamente frente a la tendencia en el número de casos y prevenir un futuro colapso de las redes en la prestación de servicios, disponible en:

<https://segcovid19.sispro.gov.co/segcovid19/Account/Login?ReturnUrl=%2Fsegcovid19%2F>

Otras acciones desarrolladas se refieren a la puesta en funcionamiento de la línea de atención 192, el *Chat Bot* Covid 19 MSPS, el cual se consulta desde el sitio de Covid-19 de la página del Ministerio desde el 1º. de abril y, de la herramienta de alertamiento territorial denominada Limite de respuesta a la epidemia por territorio, que permite tomar acciones de expansión en capacidad hospitalaria y disponibilidad de talento humano según el comportamiento de la epidemia. Esta herramienta está disponible para consulta en el enlace <https://minsalud.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b1a4074ec6f74853a5c50619c2c41184> .

Además de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social ha garantizado la operación permanente de las bases de datos y aplicativos que conforman el SISPRO, a través de la gestión, administración, mantenimientos y soporte de los aplicativos misionales, así como la disponibilidad permanente de los servicios tecnológicos, con la contratación de servicios tercerizados de infraestructura tecnológica, conectividad y mesa de ayuda.

5.6. SISTEMAS DE GESTIÓN Y CERTIFICACIONES DE CALIDAD

El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Resolución 2363 del 5 de junio de 2018, ha mantenido 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 en procura de fortalecer el desempeño institucional. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Ministerio está articulado con los sistemas de Desarrollo Administrativo, de Gestión de la Calidad y el de Control Interno y se complementa con los demás sistemas de gestión como el de Seguridad de la Información, Seguridad y Salud en el Trabajo y de Gestión Ambiental.

En el año 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social recibió la actualización de la Certificación Internacional de Calidad ISO 9001:2015, la cual ratificó el cumplimiento de unos requisitos, que en su conjunto permiten aumentar la calidad de los distintos servicios que ofrece el Ministerio. Para el último trimestre de 2019 se inició el proceso de recertificación en el Sistema de Gestión de Calidad con la firma SGS Colombia S.A.S., el cual está acreditada por la ONAC, mediante la realización de 2 fases de auditorías realizadas entre el 24 y 31 de octubre de 2019, donde se evaluó la conformidad de los requisitos de la norma,

de acuerdo a los cambios realizados al sistema de gestión, en el marco de la nueva plataforma estratégica del Ministerio alineada al plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

Como resultado la firma SGS, concluyó que la entidad ha establecido y mantenido su Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y demostrado la capacidad del sistema para alcanzar sistemáticamente los requisitos establecidos para los productos y servicios dentro del alcance y los objetivos de la política de la organización. El Ministerio recibió la recertificación del Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO9001:2015 por parte de la firma certificadora, con el siguiente alcance: “Formulación, adopción, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas, regulaciones, reglamentación, planes, programas y proyectos, así como acciones de fiscalización y administración de medicamentos de control especial del sector salud y protección social”. Este alcance abarca 27 procesos y sus 113 procedimientos, que son soportados por información documentada como manuales, guías, documentos soporte y formatos que en su totalidad suman alrededor de 1.300 documentos.

5.7. RESULTADOS DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) Y EL FORMULARIO ÚNICO DE REPORTE DE AVANCES DE GESTIÓN (FURAG)

Durante el período analizado, con base en los resultados FURAG 2018, en donde el Ministerio de Salud y Protección Social obtuvo un puntaje de 76,2, se efectuó un análisis de los respuestas generadas y a través de ello se estructuró un plan de mejoramiento por política de gestión y desempeño, de otra parte y con el fin de socializar el tema a nivel institucional, se efectuaron conferencias a colaboradores de la entidad con el fin de dar a conocer e interiorizar la importancia tanto del MIPG como la planeación estratégica institucional, en este sentido se efectuaron 6 reuniones con una participación de 400 colaboradores.

Adicionalmente, se realizaron 2 comités de gestión y desempeño sectorial mediante los cuales se dio cumplimiento al Decreto 1499 del 2017, en donde la cabeza del sector debe liderar estos comités y a través de ellos se dará línea para la implementación del tema en las entidades adscritas. Igualmente se efectuaron 2 comités de gestión y desempeño institucional, estableciéndose a través de ellos los roles y responsabilidades a nivel institucional frente a la implementación del MIPG, así como la presentación y adopción de los planes de gestión de conformidad con el Decreto 612 del 2018.

Se estructuró una metodología para el diligenciamiento del FURAG vigencia 2019, en este sentido y atendiendo los plazos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública y a través de 39 reuniones con los líderes de políticas de gestión y desempeño, se diligenciaron la totalidad de las 487 preguntas, las cuales si bien aún no ha sido estructurado el índice de gestión y desempeño, se pudo identificar que el 85% de las preguntas contaban con evidencia y habían sido desarrollados en la entidad, con base en el análisis de las respuestas dadas se pudo establecer una ruta de acción para la estructuración de un plan de mejoramiento.

Producto de lo anterior, el 27 de mayo de 2020, el Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, en sesión virtual, presentó a nivel nacional los resultados del FURAG.

Hay que tener en cuenta que el Ministerio de Salud y Protección Social se clasifica en las entidades del orden nacional, en donde 147 entidades, por su naturaleza y de manera obligatoria midieron el índice; sin embargo, un total de 223 entidades aplicaron el instrumento independiente de la exigencia de su aplicación.

La gestión objeto de la medición correspondió al año 2019, siendo la segunda realizada ya que para 2018 se estableció una primera medición -o línea base- y sobre la cual se han efectuado distintos análisis comparativos. De acuerdo con el análisis a los resultados, el Ministerio ahora se ubica como la 10^a entidad entre las 223 entidades evaluadas, muy superior al puesto 54 obtenido en el 2018 (en ese entonces, 215 entidades de orden nacional fueron evaluadas). **El Ministerio obtuvo 94,3 puntos, lo que representa un incremento de 18,1 puntos en la evaluación del índice de gestión y desempeño;** es una mejora de 21% al compararse con los 76,2 puntos del 2018. **Ningún otro ministerio ni cabeza de sector mejoró tantos puntos.** Con ello, el Ministerio se convierte en una de las instituciones con mayor variación positiva en la evaluación

Minsalud ahora está a solo 3,5 puntos de diferencia frente a Positiva Compañía de Seguros S.A. (entidad que obtuvo la mejor calificación del FURAG 2019), igualmente es necesario destacar que 2,9 y 2,8 puntos es la diferencia que se presenta con la segunda y tercera entidad en calificación y que corresponde a la Caja Promotora de Vivienda Militar y Policía y a la Superintendencia Financiera de Colombia, respectivamente.

En comparación con entidades pares, la entidad ha quedado como la 3^a entre 18 cabezas de sector, con una diferencia de tan solo 2,6 puntos con el Ministerio de Educación Nacional y de 2,2 con el Ministerio de Tecnologías de la Información y la Comunicación (MinTIC), entidades que desde la medición 2018

se mantienen en el 1er. y 2º puesto, respectivamente, entre todos los ministerios. Para la medición 2018, Minsalud había ocupado un modesto puesto 9 entre los 16 ministerios que existían en ese entonces.

Tomando como referente las políticas de gestión y desempeño, elemento base del MIPG, hay que destacar que **el Ministerio ocupó el 1er. puesto entre los ministerios y cabezas de sector en las políticas de Gobierno Digital** (puesto 2 entre 223 entidades del orden nacional) **y en Gestión Documental** (puesto 7 entre 223), y es el **segundo mejor ministerio en Seguridad Digital** (puesto 8 entre 223 y a solo 0,7 puntos de MinTIC que fue el mejor ministerio en esta política). Por otra parte, y si bien la Política de Gestión de la Información Estadística en este momento no es parte de la evaluación del FURAG 2019 por tratarse de una nueva medición, se destaca que se obtuvo el 7º puesto en esta política entre las 223 entidades del orden nacional.

Es necesario destacar la importancia de lo anterior en la gestión de la entidad, así como en su preparación para afrontar los nuevos retos que el entorno impone. De otra parte, este importante logro no hubiera sido posible sin la participación activa de todas las instancias de la organización en el diligenciamiento del FURAG, con la participación de todos los líderes de las políticas del MIPG y demás colaboradores del Ministerio, evidenciando así su compromiso y sentido de pertenencia. También hay que anotar que es fundamental la apropiación de los valores institucionales y de cada uno de los instrumentos establecidos en desarrollo de los sistemas de gestión de la entidad. Estos destacados resultados invitan a seguir trabajando con el mismo entusiasmo y activa participación, generando valor público en materia de salud y protección social para todos los habitantes de Colombia.

Por otra parte, se diseñó el premio a la gestión institucional como un mecanismo de interiorización del MIPG, en los colaboradores de la entidad.

5.8. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Como resultado de la actualización de la política de administración de riesgos del 2019, se realizó la revisión y actualización de riesgos de corrupción y riesgos de gestión en el marco de los objetivos de los procesos, así como la definición de los riesgos estratégicos en el marco de los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se estableció en el marco de las líneas de acción de política institucional de riesgos, el monitoreo sobre los controles y las acciones establecidas para la

primera línea de defensa por parte de los líderes de proceso y el seguimiento de la Oficina de Control Interno. Como parte de la estrategia de divulgación y sensibilización en las temáticas de riesgos se publicaron diferentes infografías en el tema a través de SaludNet.

Para la vigencia 2020, se dio inicio a la revisión de la política de riesgos y actualización de las metodologías con base en las observaciones y recomendaciones del ente certificador y de la Oficina de Control Interno. Para lo cual se plantearon acciones de mejora, enfocadas a garantizar la identificación de los controles y la priorización de los riesgos identificados frente a la cobertura de los procesos y su articulación al contexto estratégico 2020.

Como parte de la evaluación realizada para el FURAG en la política de Control Interno, los resultados fueron satisfactorios, sin embargo, está por fortalecer el aspecto relacionado con la cultura en los roles y responsabilidades de las líneas de defensa.

5.9. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO (PACC)

Durante la vigencia 2019 para el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano se realizó el monitoreo, seguimiento y actualización para cada uno de sus componentes.

Para el 2020, se incluyó el componente relacionado a integridad liderado por la Subdirección del Talento Humano y la Oficina de Control Disciplinario Interno del MSPS. Para su construcción se desarrolló orientación metodológica, recopilación y publicación del mismo incluyendo los componentes preestablecidos por ley.

Se encuentra definidos los periodos de monitoreo y seguimiento para el desarrollo del mismo.

5.10. TRANSPARENCIA

La Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública, establece en el Art. 7° la disponibilidad de la información, así: “deberá estar a disposición del público la información a la que hace referencia la presente ley, a través de medios físicos, remotos o locales de comunicación electrónica. Los sujetos obligados deberán tener a disposición de las personas interesadas dicha

información en la Web, a fin de que estas puedan obtener la información, de manera directa o mediante impresiones”.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con el fin de promover la Ley de Transparencia y el Derecho de Acceso a la Información Pública, teniendo en cuenta que este es un proceso continuo y transversal en donde intervienen las diferentes áreas funcionales del Ministerio, ha trabajado en el cumplimiento oportuno y adecuado a las diferentes acciones impartidas por el Gobierno Nacional, estableciendo una ruta de trabajo colectiva que ha permitido avanzar en el cumplimiento del derecho fundamental al acceso a la información pública, ofreciendo apoyo en las diversas acciones para su implementación que armonizan los procesos y procedimientos de la administración, con los principios que establece este derecho.

Así mismo, la implementación de la Ley de Transparencia se ha desarrollado bajo el estándar de eficiencia en materia de transparencia y acceso a la información. En tal sentido el MSPS como sujeto obligado (Artículo 6° de la Ley 1712 de 2014) debe garantizar el acceso a la información y prever diferentes mecanismos que permitan el acceso útil, claro, oportuno y veraz, condiciones que están asociadas a la información independientemente del canal de entrega o medios por los cuales el ciudadano solicite la información.

Así las cosas, bajo el marco normativo de la Ley 1712 de 2014, el MSPS como sujeto obligado, ha dado estricto cumplimiento a los requerimientos establecidos por el Ministerio Público-Procuraduría General de la Nación (PNG), respondiendo oportunamente con informes, autodiagnósticos, información mínima obligatoria por publicar -transparencia activa y transparencia pasiva-, la cual se publica bajo esquemas estandarizados para facilitar su acceso.

Durante la vigencia de 2019, se rediseñó la página web de transparencia del MSPS de acuerdo a la estructura propuesta por MINTIC, conforme a lo requerido por la PGN en el Índice de Transparencia y Acceso a la Información-ITA, el cual consiste en un indicador sintético de pesos preestablecidos que se alimenta de un formulario de autodiligenciamiento compuesto de una serie de preguntas agrupadas en subcategorías, que a su vez se agrupan en categorías y éstas dan como resultado el cumplimiento del MSPS frente a las obligaciones de la Ley 1712 de 2014.

Para la vigencia del 2020 se ha trabajado en los ajustes necesarios para lograr mantener la calificación, que a la fecha se encuentra en proceso de validación por parte de la PGN. A su vez, junto con la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, se ha adelantado el seguimiento al ITA y la socialización de la Ley 1712 de 2014.

Así mismo, el 10 de octubre de 2019, mediante Comité Sectorial de Gestión y Desempeño de que trata el Modelo integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se aprobó la Política Sectorial de Transparencia e Integridad, cuyo objeto consiste en establecer las directrices que deben seguir el MSPS y las entidades adscritas al sector, para el desarrollo de planes, programas, herramientas o instrumentos enfocados a la detección, prevención de la corrupción, la promoción de la integridad y transparencia en la operación de sus procesos y la gestión de las actuaciones de sus funcionarios y servidores públicos. A la fecha el MSPS se encuentra en el proceso de formalización de los compromisos adquiridos dentro de los cuales se encuentran la socialización de la política al interior de cada entidad, la definición del plan o cronograma, la implementación de las líneas de acción establecidas en la política tales como: fortalecer los controles preventivos y detectivos en la gestión de los riesgos de corrupción asociados a la operación de sus procesos, desarrollar estrategias de promoción y prevención en las temáticas de transparencia e integridad con sus grupos de interés y mantener y mejorar los mecanismos de acceso e información pública a sus grupos de interés.

Durante la vigencia de 2020, dando cumplimiento a lo preceptuado en el Decreto 1499 de 2017 del MIPG, se llevó cabo la evaluación a los índices de las dimensiones de gestión y desempeño a través del Formulario Único de Avance a la Gestión–FURAG II. Dicha evaluación se realizó en febrero de 2019, ejercicio liderado desde la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES) del MSPS y reportado al Departamento Administrativo de la Función Pública–DAFP, arrojando un resultado por dimensiones y políticas del MIPG, el cual, durante los siguientes meses de ha requerido un análisis integral de las respuestas dadas en el formulario del FURAG, así como establecer un plan de mejoramiento sectorial del FURAG, a través de diferentes mesas de trabajo que a la fecha continúan.

De igual manera, se ha atendido los criterios de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información señalados en la quinta dimensión –Información y Comunicación– del MIPG, orientados a la Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción, así como la atención de solicitudes externas amparadas en la Ley 1712 de 2014. También se han apoyado los diferentes informes que solicitan los organismos estatales como lo es el DAFP, entre otros.

En lo que se refiere al fortalecimiento de la política de rendición de cuentas, la OAPES-MSPS elaboró el diseño de la estrategia institucional para la rendición de cuentas vigencia 2020, tomando como base los resultados obtenidos en la

matriz autodiagnóstico del MIPG, conforme a lo señalado en la dimensión tres –Gestión con Valores para Resultados– del modelo.

5.11. CONTROL INTERNO

De acuerdo con el Decreto 648 de 2017, las Oficinas de Control Interno (OCI) desarrollan su labor a través de roles: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación a la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento y, relación con entes externos de control.

5.10.1 Liderazgo Estratégico

De acuerdo con lo definido en el rol de Liderazgo Estratégico, es importante la creación y fortalecimiento de canales directos de comunicación con el nominador y/o con el representante legal de la entidad y la Alta Dirección de la entidad. En este orden de ideas:

- La OCI del MSPS ejerció la Secretaría Técnica del Comité de Coordinación de Control Interno durante las sesiones realizadas, cuatro en la vigencia 2019 y una en lo corrido de 2020:

Tabla 56. Sesiones del Comité de Control Interno

FECHA		TEMAS
13/03/2019	Sesión 1	Presentación y aprobación del Plan Anual de Auditorías
2/04/2019	Sesión 2	Presentación y aprobación de la Política Administración de Riesgos Institucionales
4/06/2019	Sesión 3	Auditoría de Interna ISO 18001
22/07/2019	Sesión 4	Resultados FURAG
		Resultados Ejecución Plan Anual de Auditorías
		Resultados seguimiento Administración de Riesgos
		Resultados ejecución presupuestal
13/03/2020	Sesión 1	Resultados Plan de Mejoramiento CGR
		Presentación y aprobación del Plan Anual de Auditorías
		Informe de Gestión OCI 2019

Fuente: OCI-MSPS

- Se participó en comités y otras reuniones estratégicas:

Tabla 57. Comités

INSTANCIA	SESIONES 2019	SESIONES 2020
Comité de Conciliación (21), fichas estudiadas (543)	20	10
Comité Asesor de Contratación	25	14

INSTANCIA	SESIONES 2019	SESIONES 2020
Comité de Sostenibilidad Contable	2	
Comité Sectorial de Gestión y Desempeño	2	
Comité Institucional de Gestión y Desempeño	3	1
Comités de seguimiento a ejecución presupuestal	7	7
Seguimiento PQRS	2	
Comité de Teletrabajo	6	

Fuente: OCI-MSPS

5.10.2 Enfoque hacia la prevención

Los temas de asesoría y acompañamiento y de fomento de la cultura del control, se desarrollaron a través de las siguientes actividades:

- Informes de auditoría y de seguimiento, en los que quedaron consignadas las sugerencias y recomendaciones sobre las que los procesos deben efectuar acciones de mejora.
- Sesiones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, espacios en los que la OCI informó a la Alta Dirección entre otros sobre los siguientes aspectos: a) Plan Anual de Auditorías con enfoque en riesgos; b) Resultados de la ejecución del Plan Anual de Auditorías; c) Observaciones efectuadas producto de la gestión de seguimiento y evaluación contenidas en los informes legales; d) Hallazgos producto del seguimiento a la Administración de Riesgos de Gestión y Corrupción.
- Se rediseñaron los boletines informativos que la Oficina de Control Interno del MSPS publica en la intranet institucional, los cuales estuvieron enfocados a la interiorización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y de cada uno de sus módulos.
- La Oficina de Control Interno del MSPS promovió, como ejercicio de autoevaluación, la aplicación de una encuesta entre los servidores públicos del Ministerio, con el fin de establecer el grado de percepción que se tiene al interior de la entidad sobre el autocontrol e identificar los mecanismos que para el efecto implementan los servidores.
- La Oficina de Control Interno del MSPS ha ofrecido orientación técnica y recomendaciones sobre los siguientes temas:
 - ✓ Plan de Mejoramiento de la CGR.
 - ✓ Rendición de la cuenta fiscal.
 - ✓ Implementación del Nuevo Modelo de Planeación y Gestión.

- ✓ Cumplimiento de acciones de mejora contempladas en el Plan de Mejoramiento.
- ✓ Diligenciamiento formatos rendición de cuenta fiscal.
- ✓ Diligenciamiento formatos rendición contractual.
- ✓ Subcomités Integrados de Gestión Institucional.
- ✓ Formulación de Planes de Mejoramiento producto de auditorías internas.
- ✓ Seguimiento PQRS.

5.10.3 Relaciones con entes externos de control

En esta línea la Oficina de Control Interno del MSPS centró su trabajo en tres aspectos:

- Seguimiento permanente y actualización de la matriz del Plan de Mejoramiento que se lleva como producto de las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República.
 - ✓ Del total de 74 acciones planteadas se cerraron 11 acciones.
 - ✓ En auditoría financiera sobre la vigencia 2018 fueron levantados 10 nuevos hallazgos sobre los cuales se formularon 31 acciones de mejora por parte de las áreas responsables. A la fecha, la CGR ejecuta auditoría a la vigencia 2019.
 - ✓ Del total de las 97 acciones planteadas en el plan de mejoramiento presentado a la Contraloría General de la República por el Ministerio de Salud y Protección Social se ha cumplido con el 37,1% de las mismas y el 62,9% se encuentra en ejecución puesto que los términos inicialmente planteados no se han vencido o dado que sobre las mismas se ha solicitado su reprogramación:

Tabla 58. Acciones del plan de mejoramiento

ESTADO	A JUNIO 30 DE 2019		A 31 DE DICIEMBRE DE 2019	
CUMPLIDAS	23	36,5%	36	37,1%
NO CUMPLIDAS	-	0,0%	-	0,0%
EN EJECUCION	40	63,5%	61	62,9%
TOTAL ACCIONES	63	100,0%	97	100,0%
TOTAL HALLAZGOS	42		43	

Fuente: OCI-MSPS

- Se coordinó la atención de 23 requerimientos efectuados por parte del equipo auditor de la Contraloría General de la República, en el marco los siguientes procesos de auditoría: Gestión Financiera de la vigencia 2018, Cumplimiento Sentencia 302-2017-Guajira y Cumplimiento Sentencia

357-2017–Vaupés. Adicionalmente, en 2020 se han atendido 15 más, de la auditoría que ejecuta el ente de control sobre la gestión de la entidad de la vigencia 2019.

- Se coordinó la atención de un total de 230 requerimientos de información efectuados por parte de la Contraloría General de la República durante 2019, sobre los siguientes temas entre otros: Apertura de Procesos de Responsabilidad Fiscal, BDUA, Denuncias presentadas por la ciudadanía, Comunicación de Visitas Fiscal–Indagación Preliminar e informe de hallazgos de Auditoría–CGR. En lo corrido de 2020, la CGR ha efectuado 96 solicitudes de información. El detalle de la información se visualiza en la siguiente tabla:

Tabla 59. Acciones del plan de mejoramiento

VIGENCIA	REQ.	TEMAS
2019	230	Acuerdos de audiencia pública
		Comunicación de aperturas de responsabilidad fiscal
		Comunicación de visita-Contraloría General de la República
		Comunicación de observaciones de auditoria
		Referencia precios medicamentos
		Solicitudes de información pueblos indígenas
		Solicitud de información migración de venezolanos
		Solicitud de información sobre los aplicativos Minsalud
		Solicitud de información postconflicto
	Solicitud de información cultivos ilícitos	
	23	Procesos de auditoria: gestión financiera de la vigencia 2018, cumplimiento Sentencia 302-2017–Guajira y cumplimiento Sentencia 357-2017–Vaupés.
2020	15	Solicitud de información auditoría Minsalud vigencia 2019
	96	Solicitud de información sistema de información precios medicamentos-Sismed
		Denuncias públicas
		Información postconflicto
		Solicitud de información bases de datos
		Solicitud de información actuaciones de seguimiento a la pandemia Covid19
		Solicitud disponibilidad de redes de camas
		Protocolo de bioseguridad sector manufacturero carcerías Atlanta SAS
		Solicitud de información de la situación de las empresas sociales del estado frente a las entidades prestadoras de salud EPS.
		Solicitud de información sobre los recursos del proyecto de participación social en salud de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres
		Solicitud de información de la cantidad de respiradores artificiales existentes en el país

Fuente: OCI-MSPS

5.10.4 Evaluación de la Gestión del Riesgo

- **Política de Administración de Riesgos.** La Política de Administración de Riesgos vigente en el Ministerio fue aprobada por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno. Durante el seguimiento se pudo evidenciar que el conocimiento de la Política de Administración de Riesgos requiere fortalecimiento en su socialización para lograr suficiente apropiación de los conceptos básicos definidos en ésta.
- **Contexto Estratégico.** De acuerdo con la Guía para la Administración Integral de riesgos en los procesos, el Contexto Estratégico se debe revisar por lo menos una vez al año, con el propósito de identificar posibles factores que permitan conocer la exposición a nuevos riesgos y se podrá definir a través de reuniones estratégicas y/o de planificación estratégica. Efectivamente fue actualizado el año anterior, con ocasión de la expedición de la Ley 1955 de 2019–Plan Nacional de Desarrollo, que a su vez conllevó a la reformulación de la plataforma estratégica.
- **Procedimiento Administración Integral de riesgos institucionales y Guía para la Administración Integral de riesgos en los procesos.** Los documentos metodológicos fueron aprobados en abril de 2019. De acuerdo con la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del MSPS, su socialización fue realizada en una reunión con los facilitadores y acompañamiento a cada proceso mediante la asesoría individualizada. Sobre estos documentos se propusieron ajustes a la citada oficina.
- **Cumplimiento de las políticas de operación y lineamientos generales sobre los riesgos de gestión.** Se evaluó el cumplimiento de las políticas de operación y los lineamientos generales sobre los riesgos de gestión, observándose entre otros que:
 - ✓ Cada proceso del Sistema Integrado de Gestión debe tener su correspondiente mapa de riesgo. Se observa cumplimiento de esta política de operación.
 - ✓ La Ficha Integral del Riesgo realiza los cálculos automáticos en lo relacionado a la calificación del riesgo residual, la solidez del control, la solidez del conjunto de controles y la calificación del riesgo residual. Se evidenció cumplimiento de la política de operación
 - ✓ El Mapa de Riesgos Institucional y el Mapa de Riesgos del Proceso deben consolidar los riesgos de gestión de procesos, corrupción y seguridad de la información aprobados. 3 procesos cumplen con esta política de operación: Gestión de Contratación, Gestión Financiera y

PROCESOS OBJETO DE AUDITORÍA	AÑO 2019											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gestión de Medicamentos y Tecnologías en Salud: Gestión del Laboratorio Farmacéutico del FNE de los Medicamentos Monopolio del Estado			X									
Gestión de Medicamentos y Tecnologías en Salud						X						
Gestión de la Prestación de Servicios en Salud: Actualización del Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en Salud.							X					
Gestión para la Innovación y Adopción de las Mejores Prácticas de TIC								X				
Gestión de la Prestación de Servicios en Salud - Emisión de concepto técnico de viabilidad y seguimiento a proyectos de inversión orientados al fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud.								X				
Gestión de las Intervenciones Individuales y Colectivas para La Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad											X	
Sistema de Información Financiera - SIIF											X	
Desarrollo del Talento Humano en Salud												X
Base de Datos Única de Afiliados-TIC-Confiable de los Datos.												X

Fuente: OCI-MSPS

- Se priorizó, planeó y presentó el Plan Anual de Auditorías 2020 al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, así:

Tabla 61. Auditorías

PROCESOS MSPS	ENFOQUE GENERAL	FECHAS
PRIMER SEMESTRE DE 2020		
Gestión de la Prestación de Servicios en Salud	Verificar el diseño y avances en la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE).	JULIO DE 2020
Direccionamiento Estratégico	Verificar la planeación, ejecución y evaluación de la Agenda de Cooperación Internacional y Agenda de Relaciones Internacionales	
Transversalización de Enfoques Diferenciales	La auditoría evaluará la gestión adelantada por el MSPS para dar cumplimiento al mandato legal contenido en la Ley 1450 de 2011 y la forma en que se concretará la implementación del SISPI de acuerdo con el objetivo del PND 2018/2022.	
Gestión de Servicio al Ciudadano	Verificar los avances en la implementación del modelo de atención y servicio al ciudadano.	



PROCESOS MSPS	ENFOQUE GENERAL	FECHAS
Gestión de las Comunicaciones Públicas y Estrategias	Verificar la forma en que el proceso aplica los procedimientos: GCMP02 Gestión de la comunicación interna. GCMP03 Producción de piezas de comunicación.	
SEGUNDO SEMESTRE DE 2020		
Viceministerios	Verificar la inversión de los recursos asignados para enfrentar la pandemia del Covid-19	TERCER TRIMESTRE DE 2020
Análisis de Recursos del SGSSS y Planeación Financiera Territorial	Verificar la forma en que el MSPS cumple con esta meta de gobierno: Estructurar e implementar un Acuerdo territorial de Punto Final para la disminución de las deudas acumuladas.	
Gestión de las Intervenciones Individuales y Colectivas para La Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	Verificar la ejecución de los recursos de la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria-IREM.	
Desarrollo del Talento Humano en Salud	Verificar la implementación de la Ley 1917 de 2018: Por medio de la cual se reglamenta el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, su mecanismo de financiación.	CUARTO TRIMESTRE DE 2020
Gestión para la Innovación y Adopción de las Mejores Prácticas de TIC	Verificar el grado de avance en el proceso de implementación del SAT.	

Fuente: OCI-MSPS

- Durante 2019 se elaboraron 78 informes con carácter legal, distribuidos así:

Tabla 62. Informes

INFORMES DE LEY	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	PERIODICIDAD
	Informe Ejecutivo del SCI			X									
Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno			X				X				X		Cuatrimstral
Seguimiento Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias		X					X						Semestral



INFORMES DE LEY	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	PERIODICIDAD
Evaluación por dependencia a la Gestión del MSPS-FNE	X							X					Semestral
Informe Plan Estratégico Sectorial			X					X					Semestral
Informe de Seguimiento mapa de Riesgos de Corrupción y de Atención al Ciudadano	X				X				X				Cuatrimestral
Informe de Evaluación Contable (dos Unidades)			X					X					Semestral
Informe Control Interno Contable de las dos unidades / Encuesta de Evaluación CGN		X											Anual
Informe Cuenta Fiscal CGR		X											Anual
Informe Plan de Mejoramiento CGR	X						X						Semestral
Seguimiento, Verificación y Certificación EKOGUI		X							X				Semestral
Seguimientos Subcomités Integrados de Gestión	X						X						Semestral
Informe Cumplimiento Normas Derechos de Autor			X										Anual
Eventos de sensibilización con enfoque hacia la prevención		X		X		X		X		X			Semestral
Informe Cámara de Representantes	X			X			X			X			Trimestral
Informe SINERGIA		X									X		Semestral
Informe de Austeridad en el Gasto Público	X			X			X			X			Trimestral
Informe Plan de Acción MSPS		X					X						Semestral
Informe de ejecución presupuestal y rezago presupuestal MSPS y FNE	X			X			X			X			Trimestral
Seguimiento Programa de Gestión Documental y Plan de mejoramiento Archivístico											X		Anual
Seguimiento Contratos				X		X		X					Semestral
Seguimiento Inventarios MSPS-FNE					X						X		Semestral
Informe de Gestión Contractual CGR	X			X					X	X	X	X	Mensual
Informe Ley de Transparencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual

INFORMES DE LEY	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	PERIODICIDAD
Seguimiento Plan de Mejoramiento Institucional											X		Anual
Seguimiento a Mecanismos de participación Ciudadana								X					Anual
Seguimiento a Lineamientos TIC'S									X				Anual

Fuente: OCI-MSPS

- Durante el primer semestre de 2020 se han elaborado 33 informes:

Tabla 63. Informes

INFORMES DE LEY	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Informe Ejecutivo del SCI			X		
Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno			X		
Seguimiento Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias		X			
Evaluación por dependencia a la Gestión del MSPS-FNE	X				
Informe Plan Estratégico Sectorial			X		
Informe de Seguimiento mapa de Riesgos de Corrupción y de Atención al Ciudadano	X				X
Informe de Evaluación Contable (dos Unidades)			X		
Informe Control Interno Contable de las dos unidades / Encuesta de Evaluación CGN		X			
Informe Cuenta Fiscal CGR		X			
Informe Plan de Mejoramiento CGR	X				
Seguimiento, Verificación y Certificación EKOGUI		X			
Seguimientos Subcomités Integrados de Gestión	X				
Informe Cumplimiento Normas Derechos de Autor			X		
Eventos de sensibilización con enfoque hacia la prevención		X		X	
Informe Cámara de Representantes	X			X	
Informe Sinergia		X			
Informe de Austeridad en el Gasto Público	X			X	
Informe Plan de Acción MSPS		X			
Informe de ejecución presupuestal y rezago presupuestal MSPS y FNE	X			X	
Seguimiento Contratos				X	
Seguimiento Inventarios MSPS - FNE					X
Informe de Gestión Contractual CGR	X			X	
Informe Ley de Transparencia	X	X	X	X	X

Fuente: OCI-MSPS

5.12. ESTUDIOS, EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

El Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Políticas Públicas (GESEPP) de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES) del Ministerio en el marco de sus funciones desarrolla estudios, evaluaciones e investigaciones orientadas a la generación de evidencia técnica y conocimiento para la toma de decisiones.

En tal sentido trabaja de manera articulada con las diferentes dependencias del ministerio brindando el acompañamiento técnico y metodológico requerido. Adicionalmente, desarrolla en conjunto con el Departamento Nacional de Planeación (DNP), evaluaciones en materia de Política Pública en Salud cuyos resultados aportan elementos de conocimiento para el desarrollo de las competencias del Ministerio como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de las entidades territoriales y para el mejoramiento y definición de lineamientos relacionados con la operación del SGSSS.

De otra parte y con el propósito de aportar en la divulgación y gestión del conocimiento producido desde el Ministerio y en temas relevantes de salud, la OAPES-GESEPP desarrolla tres (3) líneas de trabajo:

- **Diálogos en Salud.** Es un escenario de discusión y divulgación de estudios, investigaciones y evaluaciones del sector salud; este espacio se realiza bajo la modalidad de seminario y busca incentivar el debate e interacción entre los investigadores y participantes, así como difundir conocimiento, promoviendo la cultura de la toma de decisiones basada en la evidencia.

Los seminarios están abiertos a la participación de los servidores públicos, dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, miembros de la academia, asociaciones, gremios, investigadores, fundaciones y ciudadanía en general; cuyo interés sea dar a conocer resultados de estudios, investigaciones o evaluaciones de relevancia para el sector salud. Estos seminarios se llevan a cabo en las instalaciones del Ministerio de Salud y Protección Social y recientemente de manera virtual, generalmente el segundo jueves de cada mes; adicionalmente las memorias de los seminarios se divulgan en la página Web del Ministerio y en YouTube (MinSaludCol).

- **Papeles en Salud.** Consiste en una serie de documentos técnicos (*working papers*), relacionados con política pública en salud, que se publica trimestralmente e invita a los funcionarios del Ministerio y a la comunidad en general a presentar sus investigaciones y estudios.

- **Inteligencia estratégica.** En esta línea de trabajo se hace uso de herramientas innovadoras de análisis que permitan 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; en este contexto se realizan resúmenes de políticas.

5.11.1 Balance de los estudios y evaluaciones (junio 2019–mayo 2020)

En materia de **estudios**, en el año 2019 y hasta mayo del 2020, la OAPES y el GESEPP desarrollaron lo siguiente:

- **Incidencia del Plan de Intervenciones Colectivas en la evolución financiera y en la operación de los hospitales públicos en Colombia.** El objetivo general del estudio se orientó a “Determinar la incidencia del Plan de Intervenciones Colectivas en la evolución financiera y en la operación de los hospitales públicos colombianos, con el propósito de generar recomendaciones de política pública”.

Este estudio finalizó en el mes de febrero del año 2020 y los resultados obtenidos identificaron los siguientes elementos:

- ✓ El relacionamiento y apoyo del Ministerio con las dependencias de salud de las entidades territoriales y con las ESE en lo relacionado con el PIC.
- ✓ Incidencia de la Resolución 518 de 2015 sobre la sostenibilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado.
- ✓ Factores intrínsecos de los hospitales asociados a su quehacer en el PIC que explican sus resultados financieros.
- ✓ Factores derivados del contexto situacional y de mercado asociados con el PIC que explican resultados financieros de las ESE.

A lo largo del desarrollo del estudio se contó con el acompañamiento por parte del Viceministerio de Salud y Prestación de Servicios del MSPS; parte de los hallazgos identificados fueron retroalimentados y suman a la estrategia de fortalecimiento de hospitales públicos que desarrolla el Ministerio en el marco del Programa AiHospital.

- **Diagnóstico de la Libre Escogencia de Entidad Promotora de Salud en el SGSSS:** El objetivo general del estudio se orientó a “Realizar un diagnóstico sobre el ejercicio de la Libre Escogencia de Entidad Promotora

de Salud–EPS, por parte de los afiliados y usuarios de los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como insumo para la articulación de los agentes del sector salud, en torno a la calidad en la atención en salud propuesta en el PND y en las metas y objetivos del MSPS contemplados en la Triple Meta y los Ejes Orientadores institucionales”.

Este estudio finalizó en marzo del año 2020 y los resultados obtenidos identificaron elementos relacionados con:

- ✓ Ejercicio del derecho a la libre escogencia de EPS.
- ✓ Elementos de Calidad.
- ✓ Oferta.
- ✓ Sistemas de Información y Tecnología.
- ✓ Competencias del Gobierno.

El trabajo realizado por la OAPES-GESEEP se realizó de manera articulada con las dependencias competentes del Ministerio, generando una retroalimentación permanente que enriquece los resultados de los estudios aplicados.

Los estudios relacionados anteriormente, se encuentran disponibles para consulta pública a través del enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/estudios-y-evaluaciones-sectoriales.aspx>

De otra parte, en materia de **evaluaciones** de política pública en salud, la OAPES a través del GESEPP realiza investigaciones sistemáticas y objetivas aplicadas a alguno de los diferentes eslabones de la cadena de valor:



Fuente: MSPS-OAPES-GSEEP con base en DNP

Dichas investigaciones, tienen como finalidad generar evidencia técnica que sirva como insumo para mejorar el diseño; la implementación; la ejecución; el monitoreo y seguimiento y los efectos de políticas, planes, programas o proyectos (intervenciones públicas) del Gobierno Nacional en materia de salud.

Desde el año 2019 y hasta mayo del 2020, la OAPES-GESEPP desarrolló las siguientes temáticas, algunas de ellas en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación (DNP):

- **Evaluaciones de la OAPES-GESEPP en coordinación con otras dependencias del Ministerio:**

- ✓ Acompañamiento a la Oficina de Promoción Social del Ministerio, para la realización de la **Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas-PAPSIVI (Fase I)**

254

Tras 6 años de implementación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas (PAPSIVI), el MSPS inició su evaluación a principios de 2019, con el objetivo de identificar resultados, fortalezas y debilidades de los dos componentes del programa y generar recomendaciones para su fortalecimiento. El documento elaborado presenta las principales conclusiones (Fase I) de la evaluación del PAPSIVI, la cual se enfocó en el análisis descriptivo de fuentes de información internas del MSPS.

Entre los principales resultados obtenidos se encuentran³⁷:

- La afiliación al SGSSS por parte de las víctimas del conflicto ha aumentado entre 2013 y 2018. Se encontró que el aseguramiento de quienes contaron con atención psicosocial es levemente mayor a quienes no presentan dicha atención. A pesar de ello, la afiliación no garantiza que en la atención en salud se dé la aplicación del protocolo de atención diferencial a la población víctima.
- El componente de atención psicosocial se duplica con otros programas del gobierno nacional. La cobertura de la atención psicosocial es muy baja aún y no alcanza el 22% de la población objetivo. Adicionalmente, la alta rotación de personal y la falta de procesos de capacitación continuada limitan las posibilidades de ampliación de la cobertura del componente de atención psicosocial.
- Las personas víctimas que han recibido atención psicosocial presentan una frecuencia y uso promedio de servicios de salud mayores que las víctimas que no han recibido la atención psicosocial. Las personas que recibieron atención psicosocial demandan menos atenciones en salud mental, una percepción de recuperación y rehabilitación positivas y logran en más del 90% el cumplimiento de las metas planteadas en la primera sesión de trabajo psicosocial.
- Se deben ajustar los procesos de levantamiento de la información para superar sesgos y limitaciones metodológicas en la percepción y el uso

³⁷ Resumen Ejecutivo Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI-FASE I) – Versión Preliminar.

de herramientas de seguimiento en el componente de atención psicosocial.

Los resultados obtenidos en la fase I, fueron divulgados en la versión No. 41 del Seminario Diálogos en Salud (sesión virtual) realizada del 29 de marzo de 2020.

✓ Acompañamiento técnico a la formulación del **Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 (en ejecución)**.

Conforme a lo establecido en la Ley 1438 de 2011 en sus artículos 6 y 7, cada 10 años debe formularse el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP para la siguiente década. Esto implica un proceso amplio de participación que conduzca a la definición de acciones para mejorar el estado de salud de los colombianos, estableciendo metas, recursos, responsables, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación.

Dado que el próximo año termina la vigencia del PDSP 2012-2021 vigente y de conformidad con lo establecido en el Art. 21 (numeral 3) del Decreto 4107 de 2011, corresponde a la Dirección de Epidemiología y Demografía (DEyD) del MSPS liderar el proceso de formulación, implementación y puesta en marcha del nuevo PDSP 2022-2031.

En este contexto, la OAPES-GESEPP brinda acompañamiento técnico a la DEyD para sacar adelante este importante reto; de esta manera desde octubre de 2019, los equipos técnicos de ambas dependencias desarrollan acciones conjuntas para el diseño de la ruta de trabajo que orientará las acciones necesarias para la elaboración y puesta en marcha del nuevo plan.

El nuevo periodo del plan decenal se constituye en una valiosa oportunidad para capitalizar los aprendizajes obtenidos en la implementación del plan que finaliza e incorporar nuevos elementos que permitan al sector salud y a las demás instituciones involucradas en acciones de incidencia en los determinantes sociales de la salud y con ello dar respuesta efectiva y oportuna a los nuevos retos que afronta el país.

El plan de trabajo se encuentra en ejecución y tiene previsto involucrar a todas las dependencias del Ministerio, así como actores relevantes del sector, los territorios, la academia, organismos multilaterales, entre otros; de manera que el resultado obtenido incorpore las diferentes visiones y enriquezca sus posibilidades de generar un gran impacto en

la construcción de la visión de la salud en Colombia para los próximos 10 años.

- **Evaluaciones desarrolladas por la OAPES-GESEPP en coordinación con el DNP.**

- ✓ **Evaluación de resultados Sistema General de Seguridad Social en Salud** (Art. 2, Ley 1438 de 2011), en ejecución.

El MSPS a través de la OAPES-GESEPP, en respuesta a lo establecido en la Ley 1438 de 2011 (Art.2), en lo referente a que corresponde “al Gobierno Nacional, la realización de una evaluación integral del SGSSS cada cuatro años” y en consideración a la complejidad que dicha acción implica, propuso la realización de una evaluación de resultados de manera articulada con el DNP que no solamente de respuesta a este requerimiento, sino que adicionalmente promueva el fortalecimiento de capacidades y permita la generación de elementos para un ejercicio continuo de monitoreo y evaluación que retroalimenten de manera permanente la operación y el fortalecimiento del SGSSS.

En este contexto, el MSPS solicitó al DNP en diciembre de 2019 la inclusión de esta evaluación en la Agenda 2020 del DNP. En marzo de este año, el DNP confirmó la inclusión de la evaluación del SGSSS en su agenda para esta vigencia y asignó un equipo técnico de dos personas que acompañarán de manera permanente el desarrollo de la evaluación.

Los equipos técnicos de ambas entidades actualmente avanzan en el desarrollo metodológico de la evaluación del SGSSS y revisión documental, cuyo objetivo general se orientará a “Evaluar los resultados del SGSSS respecto a las metas e indicadores del estado de salud de la población definidos en la L.1438/11, teniendo en cuenta la universalidad y sostenibilidad de los bienes y servicios ofertados y entregados”; la evaluación tendrá en cuenta aspectos relacionados con: resultados de la implementación del SGSSS, atributos de los bienes y servicios ofertados y entregados por el SGSSS y recomendaciones que permitan orientar el SGSSS y fortalecer mecanismo de monitoreo y evaluación del mismo.

El diseño de la evaluación y el esquema de trabajo propuesto, serán participativos e involucrarán a todas las dependencias del MSPS y a otras instituciones sectoriales, así como actores importantes de



entidades territoriales, gremios, INS, academia, organismos multilaterales, entre otros.

Los resultados de la evaluación se estiman para el tercer trimestre del año 2021.

- ✓ Acompañamiento técnico al **Diseño de la Evaluación de Resultados de la Política Pública Nacional de Discapacidad (PPDIS)** que permita generar recomendaciones para fortalecer sus acciones.

La OAPES-GESEPP acompaña a la Oficina de Promoción Social desde mediados del año 2019 en los comités técnicos para el diseño de la Evaluación de Resultados de la Política Pública Nacional de Discapacidad. Esta evaluación es liderada por el DNP, además del MSPS, participan en el comité el Ministerio del Interior y la Consejería Presidencial para la Participación de las Personas con Discapacidad. Se cuenta con instrumentos definidos tanto en carácter cuantitativo como cualitativo para recolección de información. Sin embargo, a raíz de las medidas de aislamiento implementadas para atender el Covid-19 la aplicación de dichos instrumentos está suspendida hasta que se defina su reanudación por parte del comité en cabeza del DNP.

Los resultados obtenidos en esta evaluación serán de gran importancia para determinar aspectos favorables y por mejorar en la política de atención a personas con discapacidad, sus familias y cuidadores, las cuales orientarán acciones e intervenciones que contribuirán en el mejoramiento de su calidad de vida.

- ✓ Acompañamiento a la **Evaluación Institucional de las Estrategias Implementadas por las Diferentes Entidades y Actores que Hacen Presencia en La Guajira; y una Evaluación De La Modalidad “1.000 Días Para Cambiar El Mundo** que permita medir los resultados generados en la población beneficiaria (en ejecución).

La OAPES-GESEPP acompaña a la Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas del MSPS desde inicios del año 2020 en los diferentes comités técnicos de seguimiento de la evaluación y retroalimentación de los diferentes productos generados bajo este marco. Esta evaluación es liderada por el DNP y se encuentra en la fase de pilotaje de instrumentos de recolección de información, previa al despliegue operativo del trabajo de campo general. Sin embargo, a raíz de las medidas de aislamiento implementadas para atender el Covid-

19, la aplicación de instrumentos está suspendida y se tiene programado reanudar a inicios del mes de junio.

Los resultados obtenidos en esta evaluación serán de gran importancia no solo para dar respuesta a la establecido en la Sentencia T-302 de 2017 de la Corte Constitucional, sino para identificar acciones de mejora en la articulación interinstitucional que deriven en la mejora del estado de salud (nutricional) de la población y en la afectación positiva de los determinantes de la salud.

Las evaluaciones realizadas por el MSPS ya finalizadas se encuentran disponibles en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/evaluacion-de-politica-publica.aspx>

5.11.2 Balance de la divulgación y gestión del conocimiento (junio 2019–mayo 2020)

- **Diálogos en salud.** Entre junio de 2019 y mayo del 2020, se realizaron ocho (8) seminarios; las temáticas abordadas fueron:

Tabla 64. Seminarios

No.	TEMA SEMINARIO	INSTITUCIÓN	FECHA REALIZACIÓN
1	Obesidad infantil: una amenaza silenciosa	Ministerio de Salud y Protección Social	Junio 2019
2	Zika, Género y crisis medioambiental ¿Que aprendimos?	Profamilia	Julio 2019
3	Minería de texto para el análisis de los Planes Territoriales de Salud	Ministerio de Salud y Protección Social	Agosto 2019
4	Cuentas de Salud en Colombia 2013-2017	Ministerio de Salud y Protección Social	Septiembre 2019
5	Experiencia en la Planeación Territorial en salud: reflexiones desde el modelo conceptual a la implementación en territorio	Ministerio de Salud y Protección Social	Septiembre 2019
6	Experiencia en la integración de fuentes de información de violencias de género: sistema integral de información de violencias de género	Ministerio de Salud y Protección Social	Octubre 2019
7	Diagnóstico de la Libre Escogencia de Entidad Promotora de Salud en el SGSSS	Ministerio de Salud y Protección Social	Febrero 2020

No.	TEMA SEMINARIO	INSTITUCIÓN	FECHA REALIZACIÓN
8	Avances en la Evaluación del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral - PAPSIVI	Ministerio de Salud y Protección Social	Abril 2020

Fuente: MSPS-OAPES-GSEEP

El material completo de los seminarios puede ser consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/divulgacion.aspx>

- **Papeles en salud:** Entre junio de 2019 y mayo del 2020, se publicaron los siguientes documentos:
 - ✓ **Minería de texto para el análisis de los Planes Territoriales de Salud.** Mediante la implementación de la metodología de minería de texto se analizan los Planes Territoriales de Salud de Departamentos, Distritos y Municipios con un doble objetivo: primero, se utilizan herramientas descriptivas para resumir la información contenida en los Planes Territoriales de Salud, se realizan nubes de palabras, árboles de asociación y análisis de asociaciones. En segundo lugar, se utilizan modelos inferenciales para analizar la relación existente entre los instrumentos de planeación del orden nacional (Plan Nacional de Desarrollo-PND y Plan Decenal de Salud Pública-PDSP) y los instrumentos de planeación territorial. De esta manera las dos principales conclusiones del trabajo son: primero, la metodología de minería de texto permite capturar las diferencias de enfoque del conjunto de instrumentos de planeación (tanto nacional como local). Segundo, utilizando modelos binarios y de temas se puede afirmar que la planeación territorial en salud pública es congruente, desde el punto de vista conceptual, con el PDSP.
 - ✓ **Diagnóstico de la Libre Escogencia de Entidad Promotora de Salud en el SGSSS.** El diagnóstico basado en fuentes secundarias evidencia que los instrumentos de información para la orientación en la toma de decisiones de los afiliados y usuarios en esta materia son complejos, además de no contar con la difusión suficiente para fortalecer la Libre Escogencia de EPS y presenta recomendaciones para afianzar el ejercicio de este derecho.

A la fecha se acumulan 20 publicaciones 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/pensemosen-salud-publicaciones-de-laserie.aspx>

- **Inteligencia estratégica.** Entre junio de 2019 y mayo del 2020, se publicó el documento **“Obesidad infantil: una amenaza silenciosa”**. De este documento se extraen los siguientes mensajes clave:
 - ✓ En Colombia, los menores de 18 años constituyen la población con mayor aumento en indicadores de exceso de peso;
 - ✓ Estudios indican que la publicidad puede ser responsable del 15% al 40% de la prevalencia de obesidad en niños;
 - ✓ No emprender acciones contra ella le cuesta al Sistema General de Seguridad Social en Salud cerca de 5 billones de pesos y causan una pérdida por discapacidad de 29 mil años.

Para más detalles, se puede consultar el enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/inteligencia-estrategica.aspx>.

5.13. KIT DE PLANEACIÓN TERRITORIAL (KPT) EN SALUD

En coordinación con el DNP, el Viceministerio de Salud y las dependencias del Ministerio, la OAPES del MSPS lideró la elaboración del documento denominado KPT. Este documento contiene información clave en materia de salud y lineamientos estratégicos que orientan la formulación del Plan Territorial en Salud (PTS), siendo un insumo adicional para los nuevos mandatarios locales (alcaldes y gobernadores) en su proceso de construcción de Planes de Desarrollo Territorial (PDT).

Ver: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/kpts-msps-2019.pdf>

5.14. UNIDAD DE CUMPLIMIENTO, OBJETIVOS TRANSFORMACIONALES

A partir de 2019 el Ministerio, a través de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales–OAPES, ha adelantado acciones orientadas al fortalecimiento de los procesos de planeación y alineación estratégica, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.

En este sentido y con el propósito de promover el logro oportuno y efectivo de las acciones contenidas en el PND, así como el logro de los diferentes compromisos del Ministerio frente a entes de control, pares, entidades públicas y privadas y ciudadanía en general, el Ministerio creó la Unidad de Cumplimiento del MSPS, conformada por delegados del Despacho del Ministro; el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios; el Viceministerio de Protección Social; la Secretaría General y la OAPES.

Esta Unidad de Cumplimiento articula y monitorea de forma permanente la ejecución de acciones para alcanzar objetivos, metas e indicadores formulados en los diferentes planes de trabajo a cargo del Ministerio y sus dependencias. Cabe destacar el seguimiento que se adelanta en conjunto con la Consejería para la Gestión y el Cumplimiento de la Presidencia de la República; el Sistema de Programación y Gestión de Metas–SIGOB³⁸ y el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados–SINERGIA³⁹ del DNP para el cumplimiento de unos Objetivos Transformacionales que son fines que por su alta complejidad, importancia social y transversalidad, requieren una amplia articulación intersectorial y cuentan con un seguimiento estructurado y constante por la Consejería Presidencial y representan el principal compromiso del Ministerio de Salud y Protección Social para alcanzar altos estándares de calidad y responder de forma efectiva a las necesidades de la población colombiana.

En este contexto, en 2019 la Unidad de Cumplimiento del Ministerio realizó seguimiento a los siguientes Objetivos Transformacionales:

- **Fortalecimiento hospitales:** Los datos preliminares muestran que el **índice de desempeño global de los hospitales públicos del país pasó de 56,18 a 75,1**, alcanzando prácticamente la meta para 2019 (77,26). Por su parte, el porcentaje de avance del cumplimiento del plan de trabajo firmado con los departamentos en el marco del MAITE alcanzó el 49%, superando la meta esperada para 2019 (25%).
- **Ahorro en gastos de recobro:** El ahorro por acciones de la política farmacéutica **alcanzó 440 mil millones de pesos**, superando la meta planteada para 2019 (\$200 mil millones). Además, el ahorro al SGSSS por los

³⁸ El SIGOB, o Sistema de Información y Gestión para la Gobernabilidad, es una herramienta que el proyecto regional RLA del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) dispuso a la Presidencia de la República de Colombia y tiene por objetivo fortalecer las capacidades institucionales de gestión, para generar o mantener las condiciones de gobernabilidad democrática.

³⁹ El Sistema de Seguimiento SINERGIA obedece a lo dispuesto por el Título 7 de la Parte 2 del Decreto 1082 de 2015 (o Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional). Para mayores detalles sobre SINERGIA-Seguimiento, ver: <https://sinergiapp.dnp.gov.co/#HomeSeguimiento>

VMR en el régimen contributivo alcanzó \$47,6 mil millones, superando la meta prevista para 2019 (\$20 mil millones).

- **Disminución de la deuda de las EPS:** Los datos preliminares indican que el porcentaje de cuentas por pagar de las entidades territoriales por tecnologías no financiadas con cargo a la UPS llegó a 7,8%, alcanzando gran parte de la meta para 2019 (10%), a través de los mecanismos financieros definidos por el acuerdo de punto final.

Finalmente, ante el volumen y complejidad de los procesos que desarrolla el MSPS, se avanza en fortalecer la cultura de seguimiento, monitoreo y evaluación que permita a los diferentes niveles organizacionales una visión integral de los retos del Ministerio; el acceso a información pertinente, oportuna y actualizada y que contribuya a la toma de decisiones.

5.15. IMPLEMENTACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE—ODS EN EL SECTOR

La Agenda 2030 con sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) constituyen un conjunto de acciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la población desde un enfoque que integre todas las dimensiones del desarrollo, representadas en 17 objetivos y 169 metas.

Colombia, como uno de los países partícipes en la formulación de la Agenda y pionero en adelantar el proceso de implementación de la misma, ha desarrollado un instrumento de política pública que parte del reconocimiento de los principales retos que constituye para el país la implementación de la Agenda 2030 y sus ODS. Dentro de los principales retos se encuentran los relacionados con las acciones que como Estado se deben adelantar para generar las sinergias necesarias entre los diferentes actores involucrados en su implementación.

El documento CONPES 3918 de 2018 define la estrategia de implementación de los ODS en Colombia, estableciendo el esquema de seguimiento, reporte y rendición de cuentas, el plan de fortalecimiento estadístico, la estrategia de implementación territorial y el mecanismo de interlocución con actores no gubernamentales (DNP, 2018). La estrategia de seguimiento y reporte define al sector salud como líder de 11 metas, acompañante en el cumplimiento de 20 metas más y responsable del reporte de 54 indicadores. El monitoreo de los indicadores se realiza de manera periódica y se reportan anualmente.

De acuerdo con las estrategias diseñadas en el CONPES, se definieron metas intermedias a 2018 y 2020 (en el caso que su fuente es una encuesta) con el objetivo de analizar las estrategias implementadas en el cumplimiento de las metas ODS y sus respectivos indicadores. De acuerdo con el último reporte realizado en marzo de 2020, el Sector Salud cumplió con las metas intermedias de 13 indicadores, no cumplió con 16; 6 indicadores están en proceso de ajuste o no cuentan con dato y 19 tiene como fuente una encuesta.

Ilustración 40. ODS

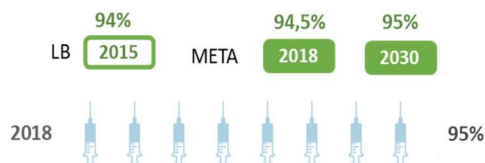


Tasa de mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores



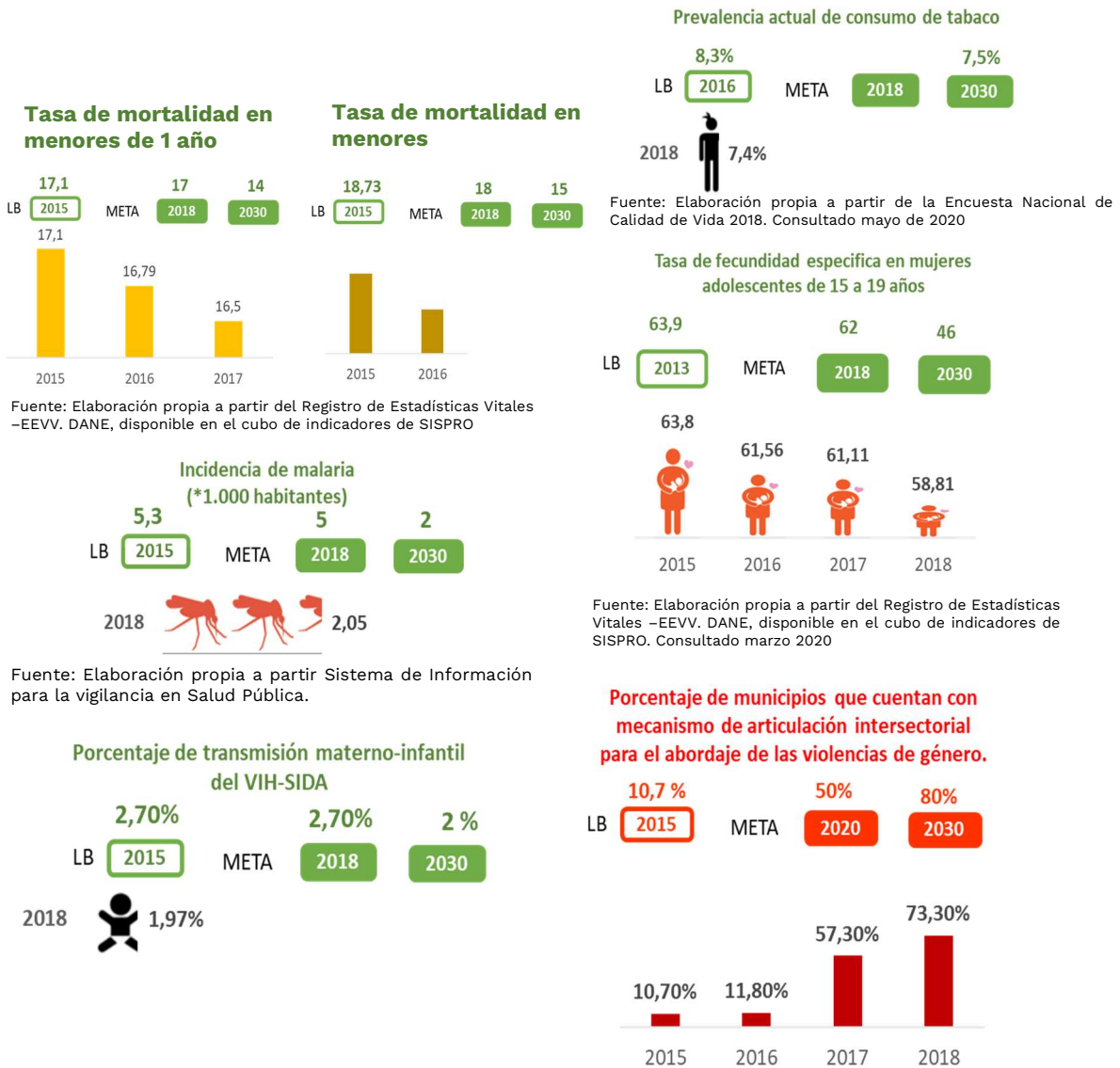
Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Estadísticas Vitales –EEVV. DANE, disponible en el cubo de indicadores de SISPRO. Consultado marzo 2020

Porcentaje de menores de 1 año con vacuna triple viral



Fuente: Elaboración MSPS – OAPES a partir de los Resultados del Programa Ampliado de Inmunización. Consultado mayo de 2020

Ilustración 41. ODS (continuación)



Fuente: MSPS. OAPES

5.16. IMPLEMENTACIÓN DEL ACUERDO DE PAZ DESDE EL SECTOR SALUD

De conformidad con lo estipulado en el Acuerdo Final, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) tiene compromisos derivados de cuatro (4) puntos: Reforma Rural Integral (punto 1), Fin del Conflicto (punto 3), Solución al problema de las drogas (punto 4) y Víctimas (punto 5). Como ente rector del sector, este Ministerio lidera la implementación de estos compromisos, de la siguiente manera:

5.15.1 Punto 1. Hacia un Nuevo Campo Colombiano. Reforma Rural Integral

Plan Nacional de Salud Rural: En diciembre de 2019 se realizó el cierre técnico del Plan Nacional de Salud Rural, a cargo de DNP y la Consejería Presidencial para la Estabilización. Adicionalmente se adelantó la elaboración del proyecto de resolución para su adopción formal, el cual se publicó para comentarios hasta el 22 de febrero.

Con el objetivo de contribuir a la superación de la pobreza y la desigualdad, el MSPS definió estrategias encaminadas a acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades, en especial a grupos y personas en condición de vulnerabilidad. Para ello, desarrolló acciones en pro del mejoramiento de la infraestructura, el establecimiento de un modelo especial de salud pública y el fortalecimiento del sistema de seguimiento a la calidad.

- **Mejoramiento de la infraestructura.** Con el objetivo de dar cumplimiento a este compromiso, el MSPS en el marco de sus competencias desarrolla actividades en cinco componentes:
 - ✓ Asistencia técnica a los proyectos de inversión en infraestructura y dotación en salud de Empresas Sociales del Estado: El MSPS, a través de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, durante la vigencia 2019 realizó asesoría y asistencia técnica a 45 iniciativas de proyectos presentados por las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), departamentales y distritales, con municipios incluidos en los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), obteniendo el siguiente balance para el caso de aquéllos asociados con la implementación del Acuerdo Final:
 - 7 con concepto técnico no viable

- 17 con concepto técnico viable
- 6 en revisión
- 15 devueltos por no cumplir con los requisitos mínimos documentales

- ✓ Transferencias de recursos del Presupuesto General de la Nación para infraestructura, dotación o transporte a municipios priorizados por el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) y municipios priorizados por los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET):

En la vigencia 2019 la Nación realizó la transferencia de \$ 46.768,6 millones, a 45 proyectos que tuvieron por objeto la adquisición de ambulancias, dotación y/o el mejoramiento de infraestructura de los hospitales de 37 municipios priorizados por el PNSR. Del total de estos recursos, \$33.211,6 millones corresponden a 35 proyectos que benefician a 29 municipios PDET. Estos proyectos se desglosan en:

- 5 para el apoyo a la infraestructura en salud, 4 en PDET.
 - 10 para la dotación de equipo médico, 6 en PDET.
 - 26 para transporte asistencial, 21 en PDET.
 - 4 para unidades médico odontológicas, 4 en PDET.
- ✓ Seguimiento a la ejecución de los proyectos que recibieron cofinanciación o financiación por parte del Gobierno Nacional: Durante la vigencia 2019 se ejecutaron 35 proyectos de infraestructura en salud, dotación biomédica, mixtos y de transporte, en 29 municipios del PNSR ubicados en 11 departamentos. De éstos, 29 proyectos corresponden a 26 municipios PDET ubicados en 11 departamentos, así:
 - Se entregó el área pediátrica del Hospital Cesar
 - 6 equipos de dotación biomédica
 - 26 vehículos de transporte asistencial
 - ✓ Ajustes normativos y adopción de las resoluciones:
 - Resolución 2053 de 2019 a través de la cual se simplifica el proceso de viabilización de proyectos.
 - Resolución 953 de 2019 por medio de la cual se definen criterios de priorización para la cofinanciación de un municipio PDET.
 - Resolución 2654 de 2019 por medio de la cual se establecen disposiciones para tele salud y la práctica de telemedicina en el país.

- ✓ Implementación de telemedicina: De acuerdo con lo consignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), a 31 de diciembre de 2019 se contaba con **69 sedes** de prestadores de servicios de salud (públicas) que ofertaban **431 servicios bajo la modalidad de telemedicina en 69 municipios priorizados en el PNSR.**

- **Modelo especial de salud pública:** Uno de los principales avances en 2019 fue el proceso de implementación de la Resolución 2626 de 2019 “Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)”. El MAITE es un conjunto de acciones y herramientas que, por medio de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

Frente a la meta nacional, a la fecha **catorce (14) de los diecisiete (17) departamentos priorizados en el PNSR** han cumplido con la meta del Plan de Acción de MAITE (22%), a saber: Guaviare, Nariño, Putumayo, Meta, San Andrés, Chocó, Sucre, Arauca, Amazonas, Caquetá, Cauca, Vaupés, Cesar y Huila.

- **Seguimiento y Evaluación:** El sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención se manejará en función del Sistema de Información para la Calidad-SIC. Por lo anterior, se tomará como línea de base el Sistema de Información para la Calidad (SIC), el cual fue actualizado desde el 2016 con un nuevo enfoque sistémico, mejoras en la calidad y confiabilidad del dato y un nivel de desagregación de los indicadores por departamento y municipio.

En la vigencia 2019, se priorizaron diez (10) entidades departamentales en las que se implementó el modelo de asistencia técnica dirigidas a los diferentes actores (IPS, EAPB y entidades territoriales); de estas entidades, seis (6) departamentos tienen municipios PDET (Valle del Cauca, Cauca, Tolima, Huila, Norte de Santander y Magdalena). Los siguientes son los resultados de modelo de asistencia técnica de la vigencia 2019:

- ✓ Diagnóstico
- ✓ Elaboración de planes de mejoramiento de la calidad

- ✓ Identificación del estado actual de la autoevaluación en acreditación por los hospitales universitarios visitados en el marco del modelo de asistencia técnica.
- ✓ Unidad de criterios para identificación y consolidación de fuentes de mejoramiento de la calidad a partir de los resultados de indicadores de los diferentes procesos de la dirección territorial.
- ✓ Priorización de planes de acción de la dirección territorial de salud en cuanto al mejoramiento de la calidad enfocada en resolución de problemas del territorio, a partir de las fuentes de información.

Durante el primer semestre de 2019, el 67% de las IPS habilitadas en municipios del PNSR cumplieron con el reporte de los indicadores de calidad del SIC. Los departamentos con municipios priorizados en el PNSR que tuvieron un cumplimiento bajo (por debajo del agregado nacional) fueron: Vaupés, Córdoba, Bolívar, Sucre, Amazonas, San Andrés y Providencia, Meta, Vichada, Chocó y Guainía.

5.15.2 Punto 3. Fin del conflicto

Reincorporación económica y social

- **Atención en salud en las ETCR:** Mediante las Resoluciones 1078 de 2019 y 3517 de 2019 se transfirieron recursos para fortalecer las capacidades de las ESE en municipios con antiguos ETCR. Ello permitió, según lo acordado en el Consejo Nacional de Reincorporación (CNR), el despliegue periódico de equipos de salud a los ETCR, con insumos y medicamentos, así como la disposición permanente o al llamado, según sea el caso, de un Transporte Asistencial Básico (TAB). Esto se complementó con la realización de jornadas extramurales complementarias de salud oral, visual, sexual, entre otros.

Frente a la ejecución técnica se debe señalar que entre 2019 y lo reportado hasta la fecha, se han brindado al menos **14.735 atenciones**, de los cuales más del 70% han sido para personas de comunidades aledañas. El 60% de las atenciones brindadas a través del esquema de atención en salud acordado para los ETCR ha sido para mujeres y cerca del 30% a menores de edad. Paralelamente, se han reportado más de 70 jornadas extramurales complementarias en los antiguos ETCR.

- **Atención y rehabilitación de lesiones derivadas del conflicto:** A través de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en 2019 accedieron a procedimientos en salud relacionados con rehabilitación funcional **369**

personas con discapacidad, lo que se resumen en un total de 3.093 procedimientos (Fuente: Sistema Integrado de Información de la Protección Social-SISPRO).

Adicionalmente, es importante mencionar el apoyo brindado a los procesos de rehabilitación por parte de Comité Internacional de la Cruz Roja-CICR, a través del cual se han vinculado 70 personas con discapacidad física, correspondiente al 6% de esta población, que requerían prótesis, órtesis o sillas de ruedas, de las cuales el 20% (14) son mujeres y el 80% (56) son hombres.

Por otro lado, con el objetivo de cubrir costos que excepcionalmente se generen de la atención para integrantes de las FARC-EP acreditados con enfermedades de alto costo y/o lesiones derivadas del conflicto, **el MSPS presentó un proyecto a la cooperación internacional** donde se definieron acciones para apoyar financieramente algunos de los componentes de la rehabilitación no cubiertos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC y que hacen parte de la Ruta Integral de Atención (RIA) correspondiente.

Este proyecto, presentado a la Unión Europea, tiene como propósito vincular a través de la articulación interinstitucional con el MSPS a las personas con discapacidad exintegrantes de las FARC-EP a procesos de atención que incluyen certificación de discapacidad, atención integral en salud y rehabilitación funcional. Estos procesos, debido a la persistencia de barreras de acceso y a las necesidades diferenciales de la población, requieren de acciones afirmativas y complementarias a la oferta institucional actual para su plena inclusión. Es de resaltar que en la vigencia 2020 iniciará el proceso de implementación de este proyecto.

5.15.3 Punto 4. Solución al Problema de las drogas

Programa Nacional de Intervención Integral frente al Consumo de Drogas Ilícitas: El MSPS, en su rol como autoridad sanitaria y en ejercicio de sus competencias adoptó mediante la Resolución 089 de 2019 el documento de Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas; adicionalmente, se realizó el lanzamiento de esta política en 11 regiones, evento en el que participaron 5.000 personas entre los que se destacan sociedad civil, autoridades locales, organismos de control político, secretaría de despacho, entidades descentralizadas, Ministerio Público, Fiscalía y academia. Por otro lado, se asistieron técnicamente al 78,12% de las secretarías de salud departamentales (25 secretarías) en la formulación de los Planes de Acción en

Salud a través del Encuentro Nacional de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, realizado entre el 24 al 27 de septiembre en Bogotá.

Adicionalmente, durante el 2019 se continuó con la revisión, validación y ajuste del "Lineamiento para el cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos indígenas en el marco del SISPI, en articulación con la política nacional de salud mental y la política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas" con un equipo técnico indígena contratado a través del Convenio Interadministrativo 0726 de 2019 entre el MSPS y la Organización Nacional Indígena de Colombia-ONIC.

Al finalizar esta vigencia, se realizó la socialización, validación y aprobación del lineamiento denominado por las organizaciones indígenas como "lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas", en la sesión ordinaria No. 34 de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación de los Pueblos y Organizaciones indígenas, realizada el 12 y 13 de diciembre de 2019; lo que significa el cumplimiento anticipado de la meta definida para 2020.

Atención a personas que consumen sustancias psicoactivas: Durante el 2019 se atendieron **77.440 personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas**, lo que supera la meta establecida de personas a atender al obtener el 11,03% (se registra un cumplimiento del 142,1%), el cual tiene un comportamiento diferente al desagregar por sexo de la siguiente manera:

- ✓ Se atendieron a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud a 23.717 mujeres (30,6%) que se refleja en un cumplimiento del 148% de la meta proyectada.
- ✓ Se atendieron a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud a 53.425 hombres (69%) que se refleja en un cumplimiento del 189% de la meta proyectada.

5.15.4 Punto 5. Víctimas

Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial

- **Línea 1. Articulación con los mecanismos del sistema integral de verdad, justicia, reparación y no repetición:** La Unidad para las Víctimas, el MSPS y la Unidad de Búsqueda de Personas Desaparecidas (UBPD), con el apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones, establecieron un espacio interinstitucional de coordinación y articulación, con el fin establecer los canales de derivación a la atención psicosocial y gestión en

salud integral de las víctimas que participan del proceso de búsqueda y localización de personas dadas por desaparecidas a razón del conflicto armado que se encuentren con vida y, en los casos de fallecimiento, los familiares que se encuentra en los procesos de recuperación, identificación y entrega digna de cuerpos.

Actualmente, el Ministerio recibe y gestiona la derivación de casos de víctimas por parte de la UBPD y la Justicia Especial para la Paz-JEP para ser incluidos en la oferta del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), desde sus dos componentes que se implementan a través de la estrategia de atención psicosocial y el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas.

- **Medidas para la recuperación emocional individual y colectiva étnica.**

- ✓ Avances en la implementación del PAPSIVI

- Componente de atención integral en salud: Como resultado del cruce entre el Registro Único de Víctimas (RUV) y la Base Única de Afiliados (BDUA), con corte a enero de 2019, el MSPS identificó que de un total de 7.256.412 personas víctimas únicas plenamente identificadas, 6.763.106 víctimas se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo que representa el 93% de cobertura de afiliación, logrando el cumplimiento de la meta proyectada para el periodo 2014-2018 del CONPES 3726 de 2012.
- Componente de atención psicosocial: Para 2019 y conforme al indicador establecido en el actual Plan Nacional de Desarrollo, el Ministerio definió como meta de la vigencia atender psicosocialmente a 80 mil nuevas víctimas del conflicto armado. Como resultado de la implementación del PAPSIVI, se logró, con corte a diciembre de 2019, la atención psicosocial de 115.310 víctimas en 31 departamentos, Bogotá D.C. y 302 municipios. De total de la cobertura alcanzada, se resalta que 24 entidades territoriales asignaron recursos de concurrencia dirigidos a la implementación del PAPSIVI, contribuyendo con la atención psicosocial de 30.885 víctimas, adicionales a las 80.775 personas atendidas por el Ministerio y las 3.650 personas atendidas por la Unidad para las Víctimas en la modalidad individual del PAPSIVI, ofertada en 28 Centros Regionales de Atención y Reparación.

Así mismo, para dar cumplimiento a la atención psicosocial y gestión para la atención integral en salud, durante la vigencia 2019 se formaron a 837 profesionales de atención y promotores psicosociales que hacen parte de los equipos del PAPSIVI.

- ✓ Atención a mujeres. Del total de víctimas atendidas en 2019, alrededor de 68 mil fueron mujeres víctimas, lo que representa aproximadamente el 59% del total de las personas atendidas y el cumplimiento de la meta del 113,3%. Del total de mujeres atendidas en esta vigencia, el 16% (alrededor de 10.992) manifestaron pertenecer a un grupo étnico y más de 1.700 mujeres recibieron atención por delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado.
- ✓ Atención a población dispersa. Para la vigencia 2019, del total de 99 municipios priorizados por el Ministerio para la implementación del PAPSIVI, 29 corresponden a municipios donde se ha puesto en marcha los PDET. Actualmente, el Ministerio se encuentra cruzando la base de datos de personas atendidas a través de PAPSIVI, con las variables de procedencia del RIPS con el fin de identificar el número de personas víctimas que residen o proviene de zonas rurales.
- ✓ Atención psicosocial a sujetos de reparación colectiva. En 2019 se atendieron tres (3) sujetos de reparación colectiva:
 - Sujeto de Reparación Colectiva La Gaitana, Comunidad Indígena del pueblo Nasa, departamento de Caquetá, correspondientes a 69 personas atendidas, con el apoyo de Blumont.
 - Sujeto de Reparación Colectiva Honduras, Comunidad Embera, departamento de Caquetá, correspondientes a 177 personas atendidas, con el apoyo de Blumont.
 - Sujeto de Reparación Colectiva Comité de Víctimas del 2 de mayo de Bojayá, departamento de Chocó, correspondientes a 560 personas atendidas.

5.17. PROMOCIÓN SOCIAL

La Oficina de Promoción Social (en adelante OPS) del MSPS, entre junio de 2019 y mayo de 2020 ha avanzado en el desarrollo de acciones públicas dirigidas a

fomentar la movilidad social a través del sector salud de personas y colectivos en condiciones diferenciales. Dichas acciones se han orientado, en el marco del PND 2018-2022 y el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) principalmente. Para ello, durante la vigencia de 2019, se dispuso de \$45.680 millones, especialmente para la atención de víctimas del conflicto armado (58,1%), de inimputables (36,5) y de grupos étnicos (4,1%), recursos que fueron ejecutados en un 93%, 100% y 95%, respectivamente.

Tabla 65. Presupuesto asignado y ejecutado 2019-2020 (millones de \$)

Poblaciones	2019		2020*	
	Apropiación	Ejecución	Apropiación	Ejecución
Víctimas	28.460,7	26.563,0	34.168,7	4.503,9
Discapacidad	520,1	417,2	5.294,9	59,4
Inimputables	16.641,5	16.650,7	14.100,6	14.091,6
Gestión Integral	406,1	180,9	14.503,5	3,9
Mujer y genero	108,0	0,0	13.774,7	0,0
Persona Mayor, vejez y envejecimiento	82,4	27,1	588,7	0,0
Familia	103,6	51,5	25,9	0,0
Habitante de Calle	112,1	102,3	114,1	3,9
Étnicos	1.976,4	1.869,1	5.146,1	48,3
Comunidades NARP*	124,3	0,0	92,9	2,2
Pueblos Indígenas	1.767,6	1.772,6	4.939,2	46,2
Pueblo Rrom	84,5	96,5	114,1	0,0
Totales	48.004,8	45.680,8	73.213,7	18.707,1

*Nota: NARP: Negros Afrocolombianos, Palanqueros y Raizales

Fuente: Ministerio de Protección Social–Oficina de Promoción Social. Rubros incluyen funcionamiento e inversión.

*Actualizado en mayo 2020

En el marco de la emergencia sanitaria por Coronavirus (COVID-19), la OPS desarrolló lineamientos para la mitigación del riesgo de contagio, acceso a los servicios en salud y articulación con servicios sociales dispuestos para Personas con Discapacidad, Adulto Mayor⁴⁰, Habitante en calle, Indígenas, Rrom (gitanos), NARP⁴¹, Víctimas y para los sectores sociales LGBTI o con identidades y expresiones de género diversas.

5.16.1 Víctimas del conflicto armado y el PAPSIVI

El MSPS implementó el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)⁴² desde el año 2013, como parte de las medidas de reparación

⁴⁰ Se expidieron las Resoluciones 464 y 470 de 2020, que ordenan las medidas de aislamiento preventivo obligatorio para las personas adultas mayores.

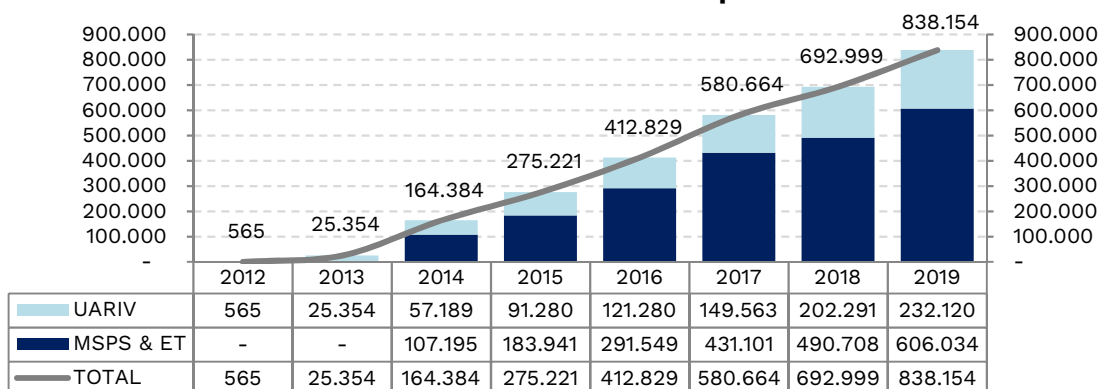
⁴¹ Negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros.

⁴² Programa creado en cumplimiento a la Ley 1448 de 2011 y a los Decretos con fuerza de Ley 4633, 4634 y 4635 de 2011. Consta de dos (2) grandes 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.

y mitigación de los impactos psicosociales y los daños en la salud física y mental de las víctimas del conflicto armado.

Por un lado, el MSPS identificó una cobertura de afiliación del 93%⁴³, logrando el cumplimiento de la meta proyectada para el periodo 2014-2018 del CONPES 3726 de 2012. En cuanto a la atención psicosocial y gestión en salud, se logró la atención de 145.155 personas víctimas en 2019, de las cuales 115.326 recibieron atención a través del componente psicosocial del PAPSIVI (30.860 personas con recursos de concurrencia de las ET) y 29.829 a través de la Estrategia de Recuperación Emocional a nivel grupal (ERE-G) de la UARIV.

Ilustración 42. Acumulado de Víctimas atendidas por PAPSIVI 2012-2019



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-UARIV.

^{1/} MSPS & ET; Ministerios de Salud y Protección Social (MSPS) y Entidades Territoriales por concurrencia (ET)

^{2/} UARIV; Unidad para la atención y reparación Integral a las Víctimas (UARIV) atiende con EREG (Estrategia de recuperación emocional a nivel grupal)

De acuerdo con el PND las 145.155 víctimas con atención psicosocial, representan un cumplimiento de la meta para la vigencia 2019, establecida en 100.000 víctimas. En este orden de ideas, el Gobierno Nacional, entre 2012-2019, ha logrado la atención psicosocial a 838.154 víctimas, lo que indica un avance del 72% de la meta del PND, de carácter acumulativo y establecida en 1.152.999 víctimas a 2022. Sin embargo, para la meta definida por el Conpes 3726 de 2012 (3.000.000 de víctimas), el número total de atendidos representa el 28%

Durante 2019, se avanzó en la implementación de los Módulos diferenciales étnicos⁴⁴ del PAPSIVI⁴⁵ sujetos de reparación colectiva en:

- La Gaitana, Comunidad Nasa, departamento de Caquetá
- Comunidad Embera, departamento de Caquetá

⁴³ Resultado del cruce entre el Registro Único de Víctimas (RUV) y la Base Única de Afiliados (BDUA), (con corte a enero de 2019), el MSPS identificó que de un total de 7.256.412 personas víctimas únicas plenamente identificadas, 6.763.106 víctimas se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁴⁴ Ruta de atención integral a pueblos y comunidades indígenas

⁴⁵ Se contó con el apoyo de la organización internacional BLUMONT

- Comité de Víctimas del 2 de mayo de Bojayá, departamento de Chocó.

De otro lado, el MSPS inició en 2019 la evaluación de la implementación de PAPSIVI, en la que se encontró, como resultado de la Fase I, el cumplimiento de los objetivos planteados entre la víctima y el profesional que la atiende, siendo esta la razón de cierre en el 98% de los casos, es decir, más de 480 mil víctimas, entre 2013 y 2018, han cumplido los objetivos planeados dentro de las sesiones de atención psicosocial, con percepciones y valoraciones de rehabilitación altas que en una escala de 1 a 10, presentan mediciones mayores a los 8 puntos. Finalmente, en lo que se refiere a la asignación presupuestal para implementación de PAPSIVI, se tiene que entre el año 2013 al 2019, la ADRES⁴⁶, el MSPS y las concurrencias territoriales han logrado una asignación total de \$215.887 millones de pesos (constantes de 2019), para ampliar coberturas de atención.

Tabla 66. Asignación presupuestal para la implementación territorial del PAPSIVI

Millones de pesos reales (base =2019)

Año	MINSALUD Inversión	MINSALUD		Concurrencia Entidades Territoriales	Financiamiento Total
		ECAT	Fosyga*		
2013	\$ 0	\$ 25.942		\$ 0	\$ 25.942
2014	\$ 0	\$ 27.792		\$ 0	\$ 27.792
2015	\$ 8.284	\$ 17.120		\$ 2.170	\$ 27.574
2016	\$ 11.830	\$ 17.138		\$ 2.192	\$ 31.160
2017	\$ 8.732	\$ 16.143		\$ 16.593	\$ 41.467
2018	\$ 8.040	\$ 505		\$ 19.569	\$ 28.114
2019	\$ 8.713	\$ 14.029		\$ 11.097	\$ 33.839
TOTAL	\$ 45.599	\$ 118.667		\$ 51.621	\$ 215.887

Fuente: Oficina de Promoción Social. Corte 31 de diciembre de 2019

*Hoy ADRES

5.16.2 Población con discapacidad

Tabla 67. Formación de Profesionales para Certificación Discapacidad

Periodo	Médico	Fisioter.:	Fonoaudio.	Terapia Ocupa.	Enferme.	Psicología	Trabajo Social	Total
2018	478	319	88	93	296	318	153	1.745
2019	952	750	276	239	430	578	221	3.446
Acumulado	1.430	1.069	364	332	726	896	374	5.191
Participación	28%	21%	7%	6%	14%	17%	7%	100%

Fuente: Oficina Promoción Social–Estadísticas Proceso Formación Talento Humano en Salud

El MSPS desarrolló acciones orientadas al aumento de cobertura y actualización del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD), lo que permitió alcanzar una cobertura de 1.548.424

⁴⁶ Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

personas dentro del registro. En el marco del proceso de alistamiento⁴⁷ para la implementación de la Certificación de Discapacidad articulada al RLCPD, se avanzó en la formación del talento humano en salud con 3.446 profesionales, para un total de 5.191.

Posteriormente en 2020, se expidió de la Resolución 113 “Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Certificación de Discapacidad y el RLCPD”. Adicionalmente, se desarrolló un piloto del proceso de certificación de discapacidad, lo que permitió generar en este proceso 116 valoraciones multidisciplinarias con sus respectivos certificados de discapacidad, piloto que permitió llevar a cabo el desarrollo y los ajustes técnicos y administrativos al aplicativo de Certificación y de RLCPD.

5.16.3 Población inimputable por trastorno mental

Debido a la inexistencia de “Establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica y personas con trastorno mental sobreviniente”, establecidos en el artículo 16 de la Ley 1709 de 2014⁴⁸, a la fecha el MSPS sigue desempeñando estas funciones.

En cumplimiento de lo anterior, para la vigencia 2019 y 2020, se asignaron recursos a trece (13) entidades territoriales⁴⁹, por \$16.550 millones y \$14.091⁵⁰ millones (corrientes), con el fin de celebrar contratos o convenios con IPS de reconocida y comprobada idoneidad, especializadas en el área de Salud Mental que brinden los servicios objeto del programa.

Tabla 68. Asignación de recursos para Población Inimputable

Año	Recursos (millones de pesos corrientes)	No. Entidades Territoriales Beneficiarias	No. Atendidos	No. IPS	Resolución
2019	\$16.651	13	414	15	493 y 3342 de 2019
2020	\$14.092	13	484	15	248 de 2020

Fuente: Oficina Promoción Social, MSPS

⁴⁷ Resolución 583 de 2018, modificada parcialmente en su artículo 25 por la Resolución 246 de 2019 que amplía el período de transitoriedad hasta el 1 de febrero de 2020.

⁴⁸ Modificación del artículo 24 de la Ley 65 de 1993: “Establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica y personas con trastorno mental sobreviniente”.

⁴⁹ Que certificaron el cumplimiento de los criterios para tal fin establecidos en Resolución 1721 de 2017.

⁵⁰ Recursos de 2020 para 241 días, se tramitará resolución para la nueva asignación que permita cubrir el costo total de la vigencia

5.16.4 Transversalización del Enfoque de Género

Durante el último trimestre del año 2019, fruto de la Cooperación de Eurosocial+, y la Cátedra UNESCO/Argentina, y la socialización de los resultados del informe diagnóstico y recomendaciones sobre la incorporación del enfoque de género en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), se generaron propuestas para la definición de los Planes de Acción del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), proceso que mediante asistencia técnica en el primer trimestre del año 2020 fue orientado a las entidades territoriales de salud, bajo tres poblaciones específicas: **Mujeres, Hombres y Sector LGTBI**.

Específicamente para **Mujeres Víctimas de Violencia Sexual**, en el segundo semestre de 2019, el MSPS expidió el Decreto 1630⁵¹ de 2016, por el cual se definen las acciones necesarias para atender a las mujeres víctimas de violencia y a sus hijos y establecer los criterios y procedimientos para el otorgamiento, la implementación y la prestación de las medidas de atención definidas en el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008. Posteriormente, en la vigencia 2020, se expidió la Resolución 595, por la cual se establecen los criterios a cumplir por parte de los departamentos y distritos, para la asignación y distribución de recursos en la implementación de dichas medidas.

5.16.5 Personas adultas mayores, vejez y envejecimiento humano

Durante la vigencia 2019, por coordinación entre los MSPS y de Relaciones Exteriores, y en el marco de la Política de Envejecimiento Humano y Vejez, se estructuró el proyecto de Ley 137 de 2019, con el propósito adherir a la Convención Interamericana sobre Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobado en debates de Comisión y Plenaria de Senado, a diciembre de 2019.

En desarrollo del título cuarto de la Ley 1251 de 2008 y la Ley 1955 de 2019, se llevó a cabo, al cierre de 2019, un encuentro con sociedad civil representativa de las personas adultas mayores con el objetivo de iniciar la activación del Consejo Nacional de Personas Mayores. Para 2020, se generó proyecto de reglamento de esta instancia asesora y consultora, sobre la cual se desarrolla la primera sesión formal en mayo. Para contribuir a la gestión del conocimiento sobre Envejecimiento Humano y Vejez, se produjo el Lineamiento para identificación y uso de fuentes de información nacionales sobre personas adultas mayores que se complementa con la Guía para implementación de políticas departamentales y distritales de Envejecimiento Humano y Vejez con

⁵¹ Por el cual se sustituye el Capítulo 1 del Título 2 de la parte 9 del Libro 2 del Decreto 780, único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

énfasis en salud, acogiendo la Metodología Integrada de Participación Social para el Adulto Mayo–MIPSAM.

Durante el primer semestre del 2020 se estructuraron dos proyectos de resolución con el propósito de: a) desarrollar el artículo 217 del PND 2018–2022, sobre modalidades de atención y sobre el uso de recursos de las entidades territoriales para el bienestar de la población adulta mayor, y b) actualizar las normas sobre requisitos mínimos a cumplir por los Centros Vida y Centros Día para Personas Adultas Mayores⁵².

5.16.6 Familia

En cumplimiento con los planteamientos del pacto por la equidad del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022⁵³, durante lo corrido de 2020 se desarrolló la transferencia del ejercicio rector de la Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias (PPNAFF) al Departamento de la Prosperidad Social, con participación del ICBF; señalando como principales desarrollos la formulación de la política, su plan de acción; la gestión de la Mesa Técnica Nacional de Familia y sus tres grupos de trabajo: Desarrollo de Lineamientos, Gestión del Conocimiento y Asistencia Técnica, así como los Diálogos en familia que orientaron la gestión a realizar frente a una concepción y política social moderna de familia.

5.16.7 Habitante de calle

En el marco de lo dispuesto por la Ley 1641 de 2013, se concluyó la fase de formulación de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle PPSHC y la propuesta del Componente de Atención Integral en Salud (CASI) para esta población. Ambos documentos se llevaron a consulta ciudadana en 2019 y se encuentran en proceso interno para su expedición.

En 2019, se concluyó la primera parte del piloto de adecuación institucional para la adopción de lineamientos de atención a población habitante de calle en Zipaquirá, Ibagué y Pereira y su área metropolitana, y se inició en el primer trimestre de 2020 una segunda etapa en los mismos municipios, y una extensión a la ciudad de Armenia y Distrito de Barranquilla.

⁵² Considerando la experiencia en la implementación de las resoluciones 024 de 2017 y 055 de 2018.

⁵³ Política Social centrada en la familia Moderna

5.16.8 Asuntos étnicos

- Pueblos Indígenas:** Dentro de las acciones con pueblos indígenas, se desarrollaron seis (6) sesiones de la Subcomisión de Salud Indígena, a partir de los cuales se logró:
 - ✓ La concertación de 4 de los 5 componentes⁵⁴ del SISPI y se avanzó en el planteamiento preliminar del quinto componente de Administración y gestión.
 - ✓ La aprobación y protocolización ante la Mesa Permanente de Concertación del Capítulo étnico indígena del PDSP 2012-2021 y la validación y aprobación del documento del Plan del Cuidado de la Vida colectiva para los pueblos indígenas y su acto administrativos (pendientes de expedición de resolución).

En la vigencia 2019 desde la OPS se apoyó el diseño de Modelos de Salud Propios e interculturales para pueblos indígenas, para lo cual se realizaron asistencias técnicas sobre la Circular 011 de 2018 y en el marco del SISPI se transfirieron \$1.246 millones, distribuidos para 4 modelos en 14 pueblos.

Tabla 69. Transferencias a Pueblos Indígenas durante 2019

Millones de pesos corrientes

Entidad a quien se le transfiere	Transferencia	Pueblo Indígena	Organizaciones Indígenas Beneficiarias	Resolución
Instituto Dptal. de Nariño	\$100	AWA	CAMAWARI, UNIPA y ACIPAP	1173 de 2019
Secretaría de Salud Dptal. de Putumayo	\$50			
Secretaría de Salud del Cesar	\$46	Kankuamo	Kankuama IPS Indígena	3216 de 2019
Secretaría de Salud del Cauca	\$1.000	Nasa, Kokonuncos, Siapidaras, Eperaras, Yanaconasd, Misak, Ingas, Totoroez, Ambalueños, Kizgueños y Polindaras	Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC (construcción modelo SISPI)	2552 de 2019
Dirección Territorial de Salud de Caldas	\$50	Embera	Resguardo Indígena San Lorenzo	3217 de 2019
Total				\$1.246

Fuente: Oficina de Promoción Social

- Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (NARP):** Desde 2019 se ha avanzado en la construcción de una propuesta de documento de lineamientos a partir de fuentes secundarias, para establecer

⁵⁴ 1. Sabiduría Ancestral, 2. Político Organizativo, 3 Formación, Capacitación, Generación y Uso Del Conocimiento, 4. Cuidado de la Salud Propia e Intercultural

el enfoque étnico en los programas, planes y proyectos del sector salud con las comunidades NARP.

Se participó en el primer espacio del proceso de reglamentación de la nueva Comisión Consultiva de Alto Nivel de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, conforme Decreto 1066 de 2015 que compila el Decreto 3770 de 2008 y en el proceso de fortalecimiento de capacidades técnicas con la Comisión 3° del Espacio Nacional de Consulta Previa, en el marco de la Construcción metodológica del capítulo étnico PND 2018-2022 y PDSP 2012-2021.

Entre 2019 y lo corrido de 2020 se participó en jornadas de diálogo y concertación con consejos comunitarios y representantes de las comunidades negras y se desarrollaron en Asistencias Técnicas en enfoque diferencial étnico NARP.

- **Pueblo Rrom (Gitano):** En la vigencia 2019 se desarrollaron asistencias técnicas dirigidas a las Kumpaño, las Entidades Territoriales y los EPS, IPS y EAPB en los territorios, con lo cual se estableció un diálogo de saberes sobre el enfoque diferencia de atención en salud, incluida la atención para las personas en condición de discapacidad, a partir de dichas asistencias técnicas, se adelantó la sistematización de la información compilada en cada una de las Kumpaño y las organizaciones lo que permitió tener la estructuración de contenidos para lineamientos sobre enfoque diferencial en salud dirigido al Pueblo Rrom.

5.18. TRATA DE PERSONAS (EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 985 DE 2005)

El MSPS participa en los espacios de articulación y coordinación establecidos en la Ley 985 de 2005 y los Decretos 1066 de 2015 y 1036 de 2016, como son el Comité Interinstitucional de Lucha contra la Trata de Personas y los subcomités de Prevención, Protección y Asistencia y Generación y Gestión del Conocimiento, respectivamente. Desde las competencias del sector salud, en la atención inmediata y mediata a las víctimas del delito de trata de personas, se genera la articulación para la gestión de los casos desde el Ministerio del Interior con el nivel territorial a través de los comités territoriales de lucha contra la trata de personas, en el cual tiene presencia las secretarías de salud quienes generan la gestión con el SGSSS para la atención de los casos.

5.19. COMUNICACIONES INSTITUCIONALES

El Grupo de Comunicaciones del Ministerio, en el marco de las políticas de promoción de estilos de vida saludables, prevención de enfermedades y de la protección social, desarrolló diferentes estrategias comunicativas para que la población colombiana accediera a la información.

La divulgación a través de los medios masivos de comunicación ha sido uno de los canales para lograr el propósito de llegar a los ciudadanos. La elaboración y publicación en la página web de documentos escritos e informes a través de medios audiovisuales y su envío a los periodistas de medios nacionales, regionales y de las entidades territoriales de salud, han permitido llegar con la información institucional a todo el territorio nacional.

Con el fin de cumplir todas las obligaciones el Grupo de Comunicaciones cuenta con un proyecto de inversión con una asignación presupuestal de \$3.400 millones para cada una de las vigencias 2019 y 2020. En la vigencia de 2019 se realizó un avance físico y de gestión del 100% y un avance financiero del 60,4%, por cuanto el contrato de divulgación en medios de comunicación fue prorrogado hasta mediados del año 2020 y se cancela contrafactura.

Tabla 70. Avance proyecto vigencia 2019

Proyecto	Boletines	Cubrimiento Periodístico	Semana Minsalud
2018011000035-Implementación de estrategias de comunicación para la promoción y divulgación de los temas relacionados con salud y protección social a nivel nacional	349	100,0%	60,40

Fuente: https://spi.dnp.gov.co/Proces/ReporteControl.aspx?id=img_Consultar%20Seguimiento

5.18.1 Publicaciones y divulgación

Durante el periodo de junio a mayo de 2020 se redactaron y publicaron 349 boletines de prensa, en temas relacionados con salud y protección social, entre los que se encuentran Covid-19, Así funcionará la historia clínica electrónica en Colombia, Detecte a tiempo las dificultades auditivas, Minsalud abre convocatoria para el Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud.

Otro de los canales para la divulgación de la información fueron las redes sociales institucionales, siendo estas las que más adeptos han tenido, especialmente en el aumento de seguidores. En el transcurso de junio de 2019 y 2020 las variaciones han sido las siguientes:

Tabla 71. Redes sociales

RED	JUNIO 2019	2020	PORCENTAJE AUMENTO
Facebook Alcance	461.439	24,2 millones	11,98%
Facebook Seguidores:	111.217	1.331.993	
Twitter alcance	1,16 millones	153 millones	
Twitter Seguidores	608.147	1.185.990	
YouTube Reproducciones	51.573	482.224	
YouTube Suscriptores:	11.318	18.941	
Instagram Alcance	28.850	11.049.908	
Instagram Seguidores	15.514	190.326	

Fuente: MSPS. Grupo de Comunicaciones

Entre los temas divulgados con mensajes preventivos están:

- **Arrancó el punto final:** Se informaba sobre las acciones adelantadas con los departamentos para saneamiento financiero. Esta estrategia tuvo un lanzamiento en las instalaciones del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín con presencia del Sr. Presidente Iván Duque M., se realizó un evento donde estaban diferentes Ministros y medios nacionales para dar inicio a la firma del acuerdo del punto final en el sistema de salud. Dando con ello el punto de partida para el comienzo de giros al sector de la salud que permitieron el comienzo del saneamiento del sector.
- **Libre elección de EPS:** Libertad que tiene cada persona para escoger la EPS de su preferencia, sin que se niegue el traslado. Apalancada con el sitio: www.miseguridadsocial.gov.co
- **Ley de residentes:** Ley que se impulsó para que cada uno de los residentes de medicina tuviera un pago mínimo por sus servicios.
- **Tamizaje neonatal:** Decreto que se expidió para que las mujeres embarazadas pudieran hacer prueba que antes no cubría el PBS.
- **Decreto salva vidas:** Hace relación con los desfibriladores externos automáticos (DEA), que se deben tener en los eventos masivos y los centros comerciales.
- **VPH:** Campaña “métele el hombro al cáncer de cuello uterino” orientado a que todas las niñas entre 9 y 17 años se vacunen para prevenir la enfermedad. Mediante esta campaña se brindó información sobre la vacuna del VPH como la única forma de prevenir la formación del cáncer de cuello uterino en niñas menores de 17 años. Se hizo divulgación de esta estrategia de alcance masivo involucrando 5 medios de comunicación como lo son tv nacional, radio nacional, tv regional, cine y digital, haciendo

énfasis en 5 regiones priorizadas, llegando a más de 6 millones de personas.

Ilustración 43. VPH



Fuente: MSPS. Grupo de Comunicaciones

- **EL PDET** Es de todos. Se refiere a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial.
- **Lavado de manos Estrategia para prevenir IRA y EDA**, a través del correcto lavado de manos.
- **Cáncer de mama:** Acciones de prevención y autoexamen
- **Hablemos de salud mental:** acciones para prevención del suicidio y de la depresión.
- **Salud para la paz:** 25 municipios donde se ubican los Espacios territoriales de capacitación y reincorporación (ETCR)
- **Día mundial contra el sida:** Cifras y campaña de prevención, atención y cuidados.
- **MAITE es salud territorial:** Se mostró la estrategia del modelo de acción integral territorial.
- **Colombia contra la malaria:** Estrategia Iniciativa Regional contra la Malaria para municipios de Chocó y Nariño. Se realizó una estrategia regional para llegar a todo el departamento del Chocó y dos municipios de Nariño en donde se está llevando a cabo el proyecto IREM para la eliminación de la malaria, mediante el cual se llegó a toda la población con mensajes de prevención y de información acerca del proyecto.

- **Gripa a metros:** Campaña para evitar IRA e IRAG con las acciones de prevención y los síntomas. Entregando con ello la información más importante para la prevención de las Infecciones respiratorias en niños, debido a que son los que sufren mayores.

Ilustración 44. Gripa a metros



Fuente: MSPS. Grupo de Comunicaciones

- **Coronavirus:** Todas las acciones preventivas. El coronavirus es un virus emergente y nuevo para el mundo. El primer caso de posible coronavirus lo reporta China el día 31 de diciembre de 2019, y el 9 de enero de 2020 se presenta la primera defunción. Es por ello que como medida de prevención desde del mes de enero del Ministerio empieza la emisión de mensajes para alertar sobre la llegada de este virus.

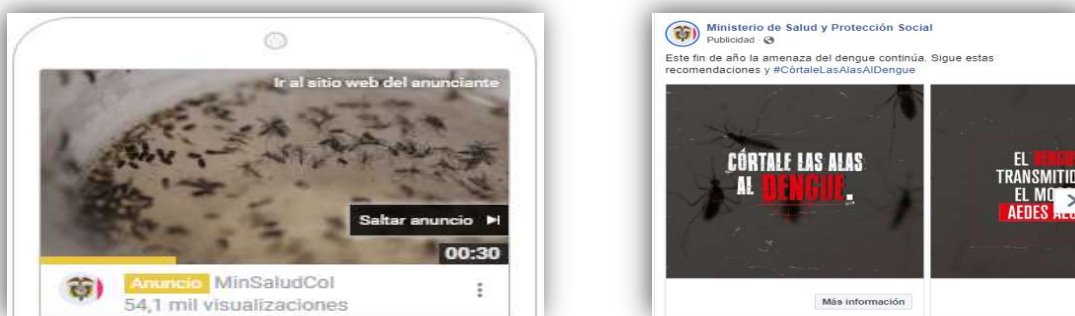
A la fecha la prevención para el contagio y los cuidados de una persona portadora del virus, son temas recurrentes que no pueden dejar de comunicarse, puesto que a diario se conoce información acerca del mismo. Es por ello que se ha llevado una estrategia agresiva de divulgación a lo largo del año 2020, con mensajes de prevención, cuidado y mitigación, con la cual mediante un *mix* de medios de televisión nacional y regional por medio de los espacios de la Comisión de Regulación de Comunicaciones, radio nacional y regional, publicaciones digitales y perifoneo se ha logrado la cobertura del territorio nacional con el impacto con información en más del 70% de la población.

Otro de los pilares de la comunicación son las campañas masivas de comunicación. Durante el periodo del informe se realizaron y emitieron las siguientes:

- Prevención del dengue: “Córtale las alas al dengue” busca prevenir propagación de casa a casa. Esta estrategia tuvo una concentración de

tres meses con difusión en medios que aportaron alto alcance como es radio regional haciendo énfasis en zonas priorizadas. Cubriendo todos los departamentos que tenía casos de dengue y son endémicos, siendo esto alrededor del 70% del país. Asimismo, se realizó la difusión del mensaje en entornos digitales, buscando ampliar la información acerca de los cuidados para prevenir el contagio del dengue con más de 3 millones de vistas.

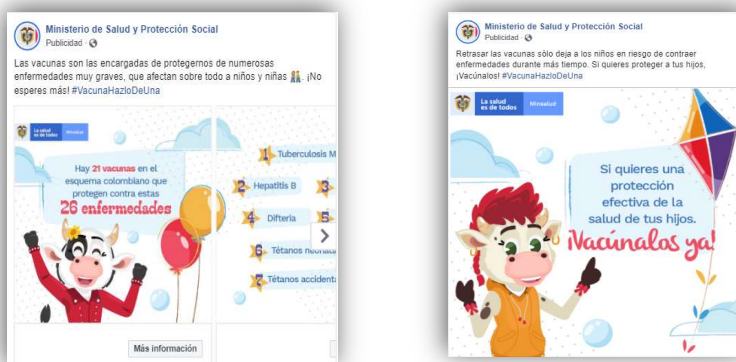
Ilustración 45. Gripe a metros



Fuente: MSPS. Grupo de Comunicaciones

- **Vacuna de niños de 0 a 5 años:** Vacunas al día se lo ponemos fácil”, incentivando la vacunación en niños y niñas. Esta es una estrategia de continuidad con la que en el último contrato mediante un *mix* de inversión de televisión nacional, regional, radio y medios digitales logramos llegar con el mensaje de la importancia de las vacunas a más de 10 millones de colombianos.

Ilustración 46. Vacunación



Fuente: MSPS. Grupo de Comunicaciones

- **Donación de Órganos Campaña “Mi familia dice sí”**, en la que se mostraban historias de la vida real de quienes estaban de acuerdo y no con la donación y las razones de su testimonio. Esta es una estrategia de continuidad con la que en el último contrato mediante un *mix* de inversión de radio y medios digitales logramos llegar con la información más relevante sobre el proceso de la donación de órganos y tejidos a más de 6 millones de colombianos.

Ilustración 47. Donación de órganos



Fuente: MSPS. Grupo de Comunicaciones

- **Señales del humo:** Campaña y convocatoria que se hizo para film minuto acerca de porqué dejar de fumar.
- **Prevención del uso de la pólvora:** Campaña “Cero pólvora parcero” dirigida a jóvenes ente 13 y 21 años, ya que son un alto número de quemados. Ésta busca reducir el número de lesionados con pólvora en el país, en especial durante las fiestas de fin e inicio de año. Para la estrategia de visibilización involucrando 4 medios de comunicación como lo son TV nacional, radio local, cine y digital concentrado en las principales regiones del país, llegando a más de 7 millones de personas del *target* objetivo, es decir jóvenes ente 13 y 21 años.

Ilustración 48. Pólvora



Fuente: MSPS. Grupo de Comunicaciones

5.20. COOPERACIÓN Y RELACIONES INTERNACIONALES

El MSPS, a través del Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales, ha estado respondiendo de manera adecuada y eficiente a los compromisos internacionales adquiridos por el Estado Colombiano en materia de salud. Es así como ha priorizado su participación en representaciones nacionales e internacionales, realizando los seguimientos en respuesta a dichos compromisos y con el propósito de posicionar los intereses nacionales en escenarios internacionales, que permitan el fortalecimiento de capacidades institucionales y territoriales.

De esta manera para la vigencia 2019, el Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales logró movilizar recursos de cooperación internacional por valor USD 28.689.745 a través de la ejecución de 22 proyectos de cooperación internacional, donde se destaca el apoyo brindado para la atención en salud de la población migrante y el fortalecimiento de capacidades institucionales y las prioridades de salud pública.

Igualmente, avanzó en el acompañamiento de la estructuración de las operaciones de Crédito con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, donde además de acompañar las misiones conjuntas de pre-identificación de los componentes con ambas Entidades, se acompañó la elaboración de documentos de política pública (CONPES) requeridos para las

operaciones de crédito. Por otro lado, con la Banca Multilateral se firmó el Pacto por la Eliminación de la Malaria y se logró la aprobación del perfil del proyecto por parte del BID, por USD 3,7 millones.

Finalmente, se destaca el marco de la 72 Asamblea Mundial de la Salud, donde se adoptó una resolución que confirma el acuerdo de los países sobre un "Plan de acción global para promover la salud de los migrantes y los refugiados", donde además se organizó el Side Event sobre migración y desarrollo y, se logró la inclusión del tema de migrantes en la agenda de la próxima sesión de la OPS por solicitud de Colombia, así como la organización de la III Conferencia Regional y la aprobación del "Plan de Salud para Personas Migrantes", en el marco ORAS.

5.19.1 Gestión de la Cooperación Internacional y Alianzas Estratégicas

Banco Interamericano de Desarrollo-BID. Iniciativa Mesoamericana para la Eliminación de la Malaria-IREM. En la vigencia 2019 se adelantó la estructuración técnica y financiera del proyecto para la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria-IREM, el cual apoyará al país con recursos adicionales del orden de los USD 3,7 millones para cerrar las brechas de atención en 12 municipios focalizados de Chocó, Valle del Cauca y Nariño que concentran más del 90% de la carga de la enfermedad en el país. La participación del país se dio a través del Convenio Individual de Financiamiento No Reembolsable de la Facilidad de Financiamiento Combinado para La Eliminación de la Malaria, realizado el 17 de octubre de 2019.

Banco Mundial. Se acompañó la estructuración de la Operación de Crédito con el banco. Adicionalmente, en 2019, se acompañó la estructuración en la operación de crédito conjunta con el BID y el Banco Mundial con el objetivo de apoyar las estrategias para dar sostenibilidad financiera al sistema de salud a largo plazo, así como mejorar la calidad en la atención. La operación contempla recursos por USD 300 millones; USD 150 millones por cada uno de los bancos.

En seguimiento a este apoyo se obtuvo los siguientes resultados: Documento POD (Propuesta para el Desarrollo de Operaciones-*Proposal for Operations Development*) el cual sintetiza la estructura de la operación, indicando los indicadores de desembolso y seguimiento de la operación, debidamente avalados por las áreas técnicas del MSPS; Documento CONPES 3976 del 2 de noviembre de 2019 en donde se describe, justifica y autoriza toda la estructura de la operación, incluyendo montos, desembolsos e indicadores.

5.19.2 Cooperación fenómeno migratorio

- **Donaciones:** En el marco de la implementación del Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio y con el fin de atender algunas necesidades de medicamentos e insumos de las entidades territoriales con mayor concentración de población migrante, se acompañaron 14 ofertas de donaciones de medicamentos y pruebas rápidas para población migrante, 5 de las cuales se han recibido en el MSPS y llevado a sus beneficiarios finales, por USD\$ 5.132.824,2 se encuentran aprobadas, pero no han sido entregadas aún y 7 están en negociación. La mayoría de las donaciones han consistido en tratamientos y pruebas rápidas para población con VIH dirigidas a la organización *Aid Healthcare Foundations* (AHF) y la de mayor monto consistió en una donación de 364.000 dosis de vacunas de GlaxoSmithKline (neumococo, rotavirus, DPTA-IPV).
- **Proyectos e iniciativas de cooperación:** Para atender algunas de las necesidades de las entidades territoriales y contribuir a mitigar el impacto por la demanda de servicios de urgencias de la población migrante en las ESE del país, el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de varios países y organizaciones como Corea, Portugal, España o CAF, se han gestionado cerca de 23 iniciativas de cooperación para apoyar a los hospitales públicos (ESE) en la atención de urgencias de la población migrante y la población de acogida, mediante la adquisición de equipos biomédicos, así como en el pago de las atenciones a mujeres gestantes y recién nacidos. De las 23 iniciativas, se han aprobado 8 por USD\$ 707.494. Adicionalmente, el MSPS ha acompañado aproximadamente otras 6 iniciativas que se han gestionado directamente con algunas ESE o IPS como la Cruz Roja Colombiana.
- **Conferencia Regional de Ministros de Salud:** La Conferencia de Ministros de Salud es un espacio de integración regional que contribuye a la coordinación de esfuerzos y estrategias que permitan mejor la atención en salud de los países impactados por la actual situación migratoria que afronta la región de las Américas. En la III Conferencia Regional de Ministro de Salud que tuvo lugar el 26 de agosto de 2019 en Cúcuta, contó con la participación de Argentina, Canadá, Ecuador, Estados Unidos, Haití, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana. En la reunión los Ministros de Salud tuvieron la oportunidad de realizar un recorrido por diferentes puntos de interés de la ciudad para evidenciar la actual situación migratoria del país, así como aprobar las estrategias regionales sobre en materia de malaria, VIH/SIDA, salud mental y Enfermedades No Transmisibles, y la Tarjeta Unificada de Vacunación.

- **Acuerdo de Paz:** En respuesta al Plan Marco de Implementación se realizó seguimiento permanente al proyecto “Salud para la Paz: fortaleciendo Comunidades, fase II”, que busca fortalecer las capacidades locales para mejorar el acceso a servicios integrales de Atención Primaria en Salud (APS), con énfasis en salud sexual y salud reproductiva (SSR), salud mental (SM), prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y la salud infantil y nutricional, en 25 municipios en los que se formularon PDET y donde se ubican 23 Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR).

5.19.3 Nuevas fuentes de financiación

- **Fundación Éxito:** En la vigencia 2019 se logró el apoyo de \$1.330 millones para proyectos de bancos de leche humana. Con el apoyo se logró el desarrollo de líneas para la implementación de un plan de trabajo con formación de tutores y con el acompañamiento técnico de expertos de Brasil; la adquisición de equipos para Bancos de Leche Humana; el fortalecimiento de redes de apoyo en departamentos de la costa caribe priorizados y el acompañamiento territorial para la implementación de la estrategia IAMI, en el marco de las rutas de atención, entre otras. Para la vigencia 2020, la Fundación realizará un nuevo aporte por \$2.100 millones de pesos, enfocado en apoyar la formación de tutores de bancos de leche, promover la intervención de determinantes sociales de la desnutrición con enfoque diferencial y la elaboración de una evaluación sobre el tema.
- **Ecopetrol:** En el marco de su gestión de responsabilidad social, esta empresa ha definido para su actuación la “Estrategia de Gestión del Entorno”, la cual identifica al gobierno nacional, departamental y municipal como interlocutores para complementar esfuerzos del estado, a través de recursos de cooperación. Se diseñó un proyecto de cooperación enfocado en apoyar la atención primaria en salud en esta zona de intervención, mediante brigadas de salud, disposición de ambulancias y capacitación de auxiliares de salud pública. La inversión fue de un (1) millón de dólares.

5.19.4 Escenarios Multilaterales-Sistema de Naciones Unidas

- **Asamblea General de las Naciones Unidas:** La Asamblea General es uno de los órganos principales de las Naciones Unidas, el único en el que todos los Estados Miembros (193 en la actualidad) están representados, cada uno con un voto. En septiembre de 2019, se llevó a cabo el 74º periodo de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas, en el marco del cual se realizó la Reunión de Alto Nivel sobre Cobertura Sanitaria Universal, mediante el cual

se adoptó la Declaración Política de Alto Nivel sobre Cobertura Sanitaria Universal, reafirmando que la salud es una condición previa, un resultado e indicador de la dimensión social, económica y ambiental del desarrollo sostenible y la implementación de la Agenda 2030. En este periodo se participó en diferentes *side-event* y reuniones bilaterales que evidenciaron los avances del país en materia de cobertura sanitaria universal.

- **Organización Mundial de la Salud –OMS.** Para la vigencia 2019, dado el actual contexto migratorio del país, uno de los temas que Colombia ha impulsado en el marco de la OMS ha sido la atención en salud de los migrantes. En este sentido, el país realizó un evento paralelo en el marco de la 72ª Asamblea Mundial de la Salud sobre migraciones, y participó activamente en las negociaciones que lograron la adopción de un plan de acción mundial sobre la salud de los refugiados y migrantes. Con esta labor Colombia ha ganado un reconocimiento como país líder de la región, razón por la cual fue elegido como país sede para la reunión del Grupo Mundial de Políticas de la OMS, y fue seleccionado nuevamente para integrar el Consejo ejecutivo de la Organización 2020, como uno de los tres representantes de la región de la Américas.
- **Organización Panamericana de la Salud-OPS.** Durante la vigencia 2019, Colombia realizó un evento paralelo en el marco de la 57ª Consejo Directivo y presentó oficialmente una solicitud para que el tema fuera incluido en la agenda de la OPS durante el año 2020, y se adoptara así un Plan de Acción Regional. Por otra parte, el relacionamiento con la OPS también incluye una agenda de cooperación bilateral, a partir de la cual la Organización ha apoyado al Ministerio con: Contratación de talento humano y capacitaciones para la contención del brote de sarampión vivido en el 2019; adquisición de insumos necesarios para la vacunación, como parte del fortalecimiento del PAI; asistencia técnica en el desarrollo de un protocolo e implementación de un sistema de vigilancia de reacciones adversas a los medicamentos antituberculosos, entre otros.

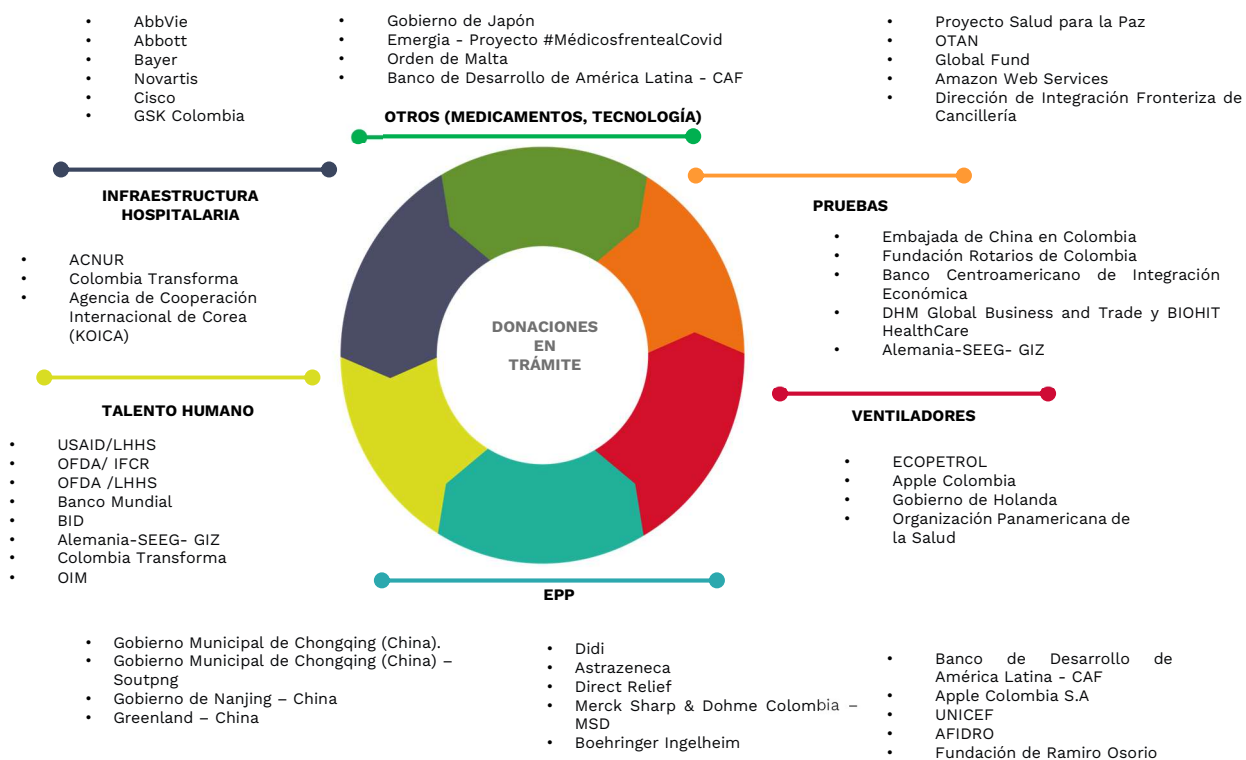
5.19.5 Gestiones COVID–19

La Ley 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud y dispone en el artículo 5º que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como una de los elementos fundamentales del Estado Social de Derecho. El Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en el parágrafo 1 de su artículo 2.8.8.1.4.3 indica que el Ministerio de Salud y Protección Social, como autoridad sanitaria del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, y en su Artículo

10 del Reglamento Sanitario Internacional se considera emergencia de salud pública de importancia internacional un evento extraordinario que i) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad; y, ii) podría exigir una respuesta internacional coordinada. Así las cosas, el 11 de marzo de 2020, el Director General de la OMS, declaró que el brote de COVID-19 como una pandemia, esencialmente por la velocidad en su propagación, y a través de comunicado de prensa anunció que, a la fecha, en más de 114 países, distribuidos en todos los continentes, existen casos de propagación y contagio y más de 4.291 fallecimientos, por lo que instó a los Estados a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, confirmación, aislamiento, monitoreo de los posibles casos y el tratamiento de los casos confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas, todo lo cual debe redundar en la mitigación del contagio.

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, en su artículo 1, adoptó la medida de emergencia sanitaria en todo el territorio Nacional hasta el 30 de mayo, pudiendo terminarse antes o prorrogarse según las causas que le dieron origen. En este sentido, el Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales del MSPS promovió acciones estratégicas de Cooperación y Gestión Internacional en coordinación con todas las instancias del orden nacional (APC Colombia, Cancillería) y OPS, con el fin de obtener insumos necesarios para contrarrestar y mitigar el riesgo de contagio.

Ilustración 49. Gestión COVID-19



1.160.682 USD

Donaciones COVID-19 entregadas

BGI - China

- 20.000 USD
- 1.000 test de detección de COVID19
- Receptor Instituto Nacional de Salud – INS

Atlético de San Luis

- 7.200 USD
- Donación de 10.000 tapabocas
- Receptor ET Amazonas (5.200) e INPEC (4.800)

SANOFI

- 10.578 USD
- Donación de Hidroxicloroquina. 4.000 cajas
- Receptor ET Valle, Antioquia, Bogotá y Barranquilla

Gobierno de Canadá

- 221.000 USD.
- Contratación de 42 profesionales de la salud. 36 teleorientadores, 4 supervisores y 2 coordinadores para apoyar la línea 192
- Receptor Línea 192

DIAN

- 1.107 USD
- Donación de 880 Tapabocas industriales, 2.980 Respiradores contra particular N95, 1.180 Tapabocas 3M y 930 Tapa oídos
- Receptor ET César

L'Oreal

- 53.834 USD
- Donación de tapabocas
- Jabón antibacterial
- Receptor a UNGRD, para distribución a Amazonas, Cauca, Chocó, Córdoba, Guainía, Guajira, Huila, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Vaupés, Vichada

Huawei Colombia

- 115.772 USD
- Donación de 150.000 tapabocas
- Receptor Unidad Nacional de Gestión del Riesgo-UNGRD

OPS

- 72.577 USD
- Donación de 3 ventiladores con accesorios, 1.806 kilos en insumos médicos y medicamentos, contratación de médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería
- Receptor ET Amazonas y ET Chocó

ALIBABA

- 158.614,7 USD
- Donación de 100.000 tapabocas
- 20.064 kits de pruebas
- 5 respiradores tipo CIPAP
- Receptor EPP las ET Guajira, Norte de Santander, Amazonas, Buenaventura y Chocó / INS / MetroSalud

SIEMENS

- Donación Unidad móvil de atención obstréctica y pediátrica
- Receptor Cruz Roja Colombiana.

OIEA

- 500.000 USD
- Máquinas y elementos para detectar el Covid-19
- Receptor INS

Fuente: MSPS

6. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR

6.1. ENTIDAD ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DE SALUD-ADRES

El Gobierno Nacional ha definido como una de sus prioridades en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud, con este mandato la ADRES enfoca sus esfuerzos en garantizar una gestión eficiente de los recursos administrados, y en formular, con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social, las reglamentaciones que permitan fortalecer los procesos de recaudo y pago e implementar prácticas financieras que garanticen el saneamiento definitivo y estructural de las deudas del sector.

A continuación, se presentan los resultados en términos de ingresos, recaudo rentas cedidas, giros por aseguramiento y recobros no incluidos en el Plan Básico de Salud (PBS) en el periodo comprendido entre el 1º de agosto de 2019 y 31 de mayo de 2020.

6.1.1 Gestión de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- Ingresos

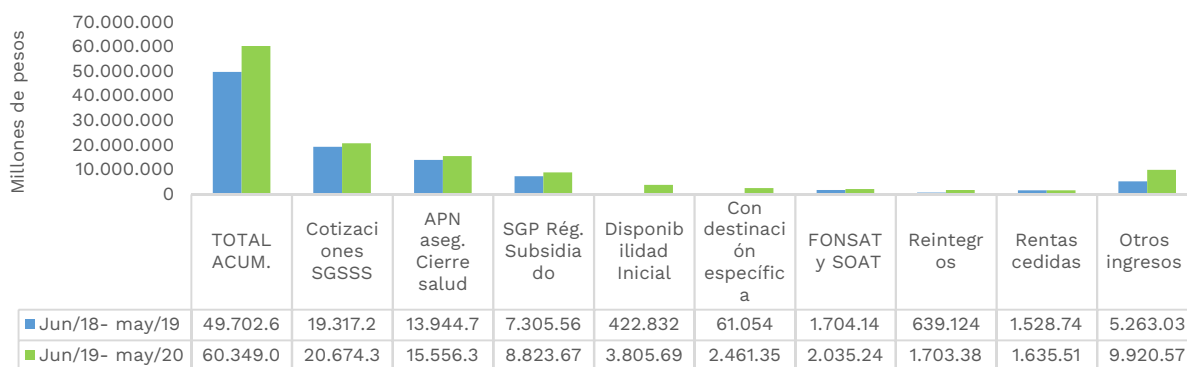
Para el periodo comprendido entre el 1º de junio 2019 al 31 de mayo de 2020, el total de ingresos percibidos a través del presupuesto de la Unidad de Administración de Recursos del SGSSS, corresponde a \$60,3 billones, cifra en la que participan en mayor proporción los conceptos de: Cotizaciones al SGSSS 34,26% (\$20,7 billones), los Aportes de la Nación para el aseguramiento en salud con 25,78% (\$15,6 billones), SGP Régimen Subsidiado con una participación del 14,62% (\$8,8 billones); el concepto de Disponibilidad Inicial con 6,31% (\$3,8 billones), Recursos con destinación específica 4,08% (2,5 billones), los rubros de contribución SOAT y prima FONSAT participan con un 3,37% (\$2 billones) seguido de los conceptos de ingreso de titularidad de las Entidades Territoriales⁵⁵ que suman un total de \$1,6 billones (2,71%), y finalmente otros conceptos que participan con el 6,05% los cuales suman aproximadamente \$3,7

⁵⁵ Sistema General de Participaciones-SGP, Coljuegos, FONPET, Cajas de Compensación Familiar y Rentas Cedidas.

billones, e incluyen conceptos como impuesto a las municiones y explosivos, recursos provenientes de Coljuegos para el régimen subsidiado, restitución de recursos, rendimientos financieros, recuperación de cartera.

- Comportamiento total ingresos, Junio/mayo de 2019 Vs. 2020.** Para el periodo 1 de junio a 31 de mayo, la ADRES ha percibido recursos por \$60,35 billones, que respecto del mismo periodo inmediatamente anterior (\$49,70 billones) representan un incremento del 10,65%, del total de los ingresos recaudados en el periodo 2019-2020 el 76,24%, son recursos Con Situación de Fondos-CSF, el 23,76% restante corresponde a recursos Sin Situación de Fondos-SSF derivados de las cotizaciones que en el procesos de compensación se apropian de manera directa las EPS, en la siguiente ilustración se presentan los ingresos más representativos para los periodos observados.

Ilustración 50. Comparativo ingresos acumulados junio 2018-mayo 2019 Vs. junio 2019-mayo 2020



Fuente: ADRES-Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud. Cifras en millones de Pesos

De la ilustración anterior se resalta:

- ✓ El concepto con mayor representatividad del 34,26% corresponde a las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo presentan un crecimiento de \$1.357.090 millones (7,03%). Esto debido a un incremento en el número de cotizantes del 3,78% y crecimiento promedio del IBC que corresponde a 9,02% del periodo analizado.
- ✓ Sobre el concepto de aportes del PGN se observa un incremento del 11,56% (\$1.611.596 millones) representando el 25,78% del ingreso del periodo analizado 2019-2020, un importante nivel de participación sobre el total de las fuentes que contribuyen al SGSSS, es de anotar que los recursos aforados para este concepto han presentado incremento gracias a la gestión ante el CONFIS para la asignación de recursos.

- ✓ Los recursos correspondientes a Sistema General de Participaciones destinados al Régimen Subsidiado, representa el 14,62% del total de los ingresos en el periodo junio 2019 a mayo 2020, con una variación positiva con respecto al periodo anterior de 20,78% (\$1.518.113 millones).
 - ✓ La disponibilidad inicial presenta una variación de 800,05% (\$3.382.865 millones), esto debido a que estos recursos son el resultado de los saldos del portafolio al 31 de diciembre de cada vigencia y en el periodo junio 2019 a mayo 2020, fueron mayores los saldos de portafolio.
 - ✓ Con destinación específica con una variación 3931,44% (\$2.400.297 millones) y que es impactado por el rubro auxiliar de recursos para la financiación de obligaciones del artículo 245 de la Ley 1955 de 2019.
 - ✓ Finalmente, del recaudo de la contribución SOAT y FONSAT, se evidencia un incremento en \$331.099 millones (19,43%), que está influenciado por los cambios y novedades en las tarifas.
 - ✓ El concepto de ingreso de titularidad de las Entidades Territoriales con destinación específica para Régimen Subsidiado presenta un crecimiento del 6,98%.
- **Recaudo de rentas cedidas.** Para la vigencia 2019 la ADRES recaudó \$1.732.449 millones por concepto de rentas territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado en Salud; mientras que, al 31 de mayo de 2020, el recaudo asciende a \$616.993 millones; este último representa el 35,51% respecto al recaudo total de la vigencia 2019.

A continuación, se presenta el comportamiento del recaudo comprendido entre enero a mayo del 2019 y 2020.

Tabla 72. Recaudo de Rentas Territoriales Enero-mayo 2019 y 2020

CONCEPTOS A RECAUDAR	Enero - mayo 2019	Enero - mayo 2020	Variación %
Monopolio de Juegos de Suerte y Azar Entidades Territoriales	130.057	91.578	-42,02%
Impoconsumo Cervezas y Sifones	90.209	66.162	-36,35%
Ad Valorem Impuesto Cigarrillos y Tabacos	103.010	108.084	4,69%
Componente Especifico Impuesto al consumo Cigarrillos y Tabaco Elaborado	271.686	232.517	-16,85%
Impoconsumo Licores, Vinos, Aperitivos y Similares	83.599	87.388	4,33%
Otros recursos propios de las entidades territoriales	35.368	31.265	-13,12%
TOTAL	713.929	616.993	-15,71%

Fuente: ADRES–Dirección de Gestión de Recursos Financieros en Salud. Cifras en millones de pesos

De la tabla anterior se evidencia una disminución en el recaudo en el periodo analizado, en primer lugar, debido a los cambios de administraciones en el nivel territorial, así como de las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional en el marco de la pandemia del COVID 19. La mayor disminución se presenta en el recaudo por concepto de Monopolio de Juegos de Suerte azar con un 48,02%, seguido del Impoconsumo de Cervezas y Sifones con el 36,35%.

Igualmente, se precisa que del total recaudo en el periodo analizado de las vigencias 2019 y 2020, el 38% (2019) y el 38% (2020) corresponden a los recursos por concepto del Componente Especifico Impuesto al consumo Cigarrillos y Tabaco Elaborado; seguido del 18% (2019) y el 15% (2020) por concepto de Monopolio de Juegos de Suerte y Azar; y en tercer lugar el 14% (2019) y el 18% (2020) derivado del componente *Ad Valorem* imptoconsumo cigarrillos y tabaco.

Con relación al recaudo de 1 de enero a mayo del 2020, la composición por entidad territorial presenta una concentración en Bogotá D.C. del 20%; seguido de Antioquia 18%; en tercer lugar, el Valle del Cauca con el 13%; continuando con Cundinamarca con el 6%; y en quinto lugar Santander con el 5%.

6.1.2 Gastos de aseguramiento–Oportunidad de giro

- **Régimen Subsidiado:** En el periodo comprendido entre el 1º de junio de 2019 a mayo de 2020, la ADRES liquidó UPC en los procesos de la LMA⁵⁶ para 22,9 millones de afiliados promedio mes, por \$23,4 billones, de los cuales \$21,9 fueron girados directamente desde la ADRES a las EPS, IPS y/o Proveedores de Servicios y Tecnologías en salud, así:

Tabla 73. UPC Liquidada y girada en el régimen subsidiado-Cifras en millones \$

Periodo	UPC Liquidada (\$)	Valor Giro Desde Nivel Central (\$)	Giro a EPS (\$)	Giro a IPS y/o proveedores (\$)
1 de junio de 2019- mayo de 2020	23.383.366	21.869.084	5.983.301	15.885.783

Fuente: ADRES- Dirección de Liquidaciones y Garantías.

Del total de la UPC girada desde la ADRES, el 27,4% fue dispersado a las EPS y el 72,6% a 3.630 IPS y/o Proveedores de Servicios y Tecnologías en salud únicos, según la siguiente distribución:

Tabla 74. Giros a IPS y/o Proveedores-Cifras en millones \$

Tipo IPS y/o Proveedor	Cantidad	Valor Giro (\$)
Privada	2.444	7.716.681

⁵⁶ En el régimen subsidiado, el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación–UPC se efectúa mediante el proceso denominado Liquidación Mensual de Afiliados, definido en el artículo 2.6.4.3.2.2 del Decreto 780 de 2016, como “el instrumento jurídico y técnico mediante el cual se reconoce mensualmente en forma proporcional la UPC-S por los afiliados al régimen subsidiado a cada entidad territorial y EPS, con base en la identificación y novedades de los beneficiarios del régimen que deben realizar las entidades territoriales conforme a las competencias legales, las fuentes de financiación y el valor de la UPC-S que determina el Ministerio de Salud y Protección Social”.

Tipo IPS y/o Proveedor	Cantidad	Valor Giro (\$)
Pública	981	7.316.900
Proveedor	197	658.224
Mixta	8	193.978
Total	3.630	15.885.783

Fuente: ADRES- Dirección de Liquidaciones y Garantías.

- **Régimen Contributivo.** La ADRES en el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2019 a mayo de 2020, en los procesos de compensación, liquidó UPC en el régimen contributivo por \$23,07 billones, para el aseguramiento de 20,74 millones de afiliados (promedio mensual). Mediante el giro directo del régimen contributivo, la ADRES giró en nombre de las EPS a 2.853 Instituciones Prestadoras de Servicios de salud-IPS y proveedores de tecnologías en salud \$4,84 billones.

Tabla 75. Reconocimientos liquidados y girados en el régimen contributivo-Cifras en millones \$

Periodo	UPC (\$)	Provisión de Incapacidades por Enfermedad General	Per cápita de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (\$)	Giro a IPS y/o proveedores (\$)
1º de junio de 2019 - mayo de 2020	23.073.554	887.543	510.041	4.840.230

Fuente: ADRES-Dirección de Liquidaciones y Garantías.

En los procesos de prestaciones económicas comprendidos entre junio de 2019 y mayo de 2020, la ADRES reconoció a las EPS del régimen contributivo, 197.738 registros recobrados de licencias de maternidad, paternidad y fallos de tutela por \$789 mil millones.

- **Procedimiento de reintegro de recursos del aseguramiento.** La ADRES con el propósito de establecer medidas preventivas y correctivas que permitan garantizar el adecuado reconocimiento de recursos del aseguramiento y evitar apropiaciones o reconocimientos sin justa causa de los recursos de SGSSS, en el periodo del 1 de junio de 2019 a mayo de 2020, efectuó el procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa previsto en el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019, reglamentado con la Resolución 1716 de 2019, para ello realizó (6) auditorías, (3) a los reconocimientos realizados en el proceso de compensación del régimen contributivo y (3) al proceso de Liquidación Mensual de Afiliados del régimen subsidiado.

Como resultado de la aplicación del procedimiento, la ADRES en dicho periodo recuperó \$271.700 millones de los cuales \$217.000 millones corresponden a capital y \$54.700 millones a la aplicación del IPC/DIAN.

6.1.3 Servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC

Con el fin de adelantar el proceso de revisión, verificación, reconocimiento y giro de recursos no financiados con cargo a la UPC, la ADRES ha trabajado en la ejecución de los siguientes mecanismos:

- **Reingeniería al proceso de revisión y verificación**

Con el propósito de optimizar y modernizar el proceso de auditoría de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC que las entidades recobrantes radicaban ante la ADRES, la Entidad, teniendo en cuenta la evolución y estabilización de MIPRES, consideró oportuno realizar la estructuración de una nueva alternativa técnica, que pasó de ser cien por ciento documental a una donde se pudieran efectuar validaciones automáticas a la información que los diferentes agentes intervinientes en la prescripción, direccionamiento, prestación, suministro y facturación registran en los diferentes módulos de MIPRES.

Como resultado, se efectuó el diseño y estructuración de una propuesta basada en los siguientes pilares: i) la información electrónica (registrada en MIPRES) sería determinante en el proceso de verificación y decisión, ii) no se solicitaría a las entidades recobrantes información con la que contara la ADRES, iii) todo dato sería contrastado con al menos una fuente de información, iv) el modelo sería socializado con los agentes del Sistema, y v) se generaría un impacto visible en la racionalización de costos para el SGSSS. La implementación de este modelo se efectuó en el marco de la facultad otorgada a la ADRES mediante la Resolución 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y, en consecuencia, con la expedición de la Resolución 41656 de 2019 expedida por la Entidad.

Es de señalar que este nuevo proceso se aplicó a un conjunto de servicios y tecnologías en salud que cumplían las características previstas en el Título III de la Resolución 41656, que hubiesen sido radicados ante la ADRES entre abril de 2018 y el 15 de noviembre de 2019 y que no contaban con resultado de auditoría por las dificultades propias de la ejecución del Contrato de Consultoría 080 suscrito con la UT Auditores en Salud. Bajo este contexto, entre el 16 de noviembre y el 11 de diciembre de 2019 la ADRES habilitó un periodo de radicación para que las entidades recobrantes allegaran la información

correspondiente, proceso con el cual fueron notificados a las entidades recobrantes valores aprobados por el orden de \$2,47 billones. Por su parte, en lo corrido de la vigencia 2020, se han habilitado tres ventanillas para la presentación de la información, así: del 26 y el 31 de marzo, del 13 al 25 de abril y del 27 al 31 de mayo de mayo de 2020. Respecto de la ventanilla de marzo se aprobaron solicitudes por \$1,07 billones, mientras que, a la fecha, están en trámite de cierre para resultados definitivos de abril y mayo.

Así mismo, durante la vigencia 2020 se han habilitado 19 ventanas de presentación para aquellos servicios y tecnologías que corresponden al primer y segundo segmento⁵⁷ definidos en la Resolución 41656 de 2019 y que corresponden a radicación del periodo corriente, de los cuales 11 han sido para el primer segmento y 8 para el segundo segmento, así:

Tabla 76. Primer segmento

Inicio de presentación	Fin de presentación	Régimen	Valor aprobado (en millones)
13-ene-20	17-ene-02	Contributivo	\$120.111,90
11-feb-20	17-feb-10	Contributivo	\$159.878,81
10-mar-20	16-mar-20	Contributivo	\$85.535,17
18-mar-20	25-mar-20	Contributivo	\$100.642,43
06-abr-20	12-abr-20	Contributivo	\$141.005,43
29-abr-20	30-abr-20	Subsidiado	\$1.077,13
06-may-20	11-may-20	Contributivo	\$43.608,51
13-may-20	19-may-20	Contributivo	\$1.838,28
21-may-20	26-may-20	Contributivo	En trámite de cierre para resultados definitivos
06-jun-20	09-jun-20	Subsidiado	
23-jun-20	27-jun-20	Contributivo	
Total			\$653.697,67

Fuente: ADRES-Dirección de Liquidaciones y Garantías.

Tabla 77. Segundo segmento

Inicio de presentación	Fin de presentación	Régimen	Estado del proceso
02-ene-20	09-ene-20	Contributivo	Por asignar a la firma contratada para efectuar el proceso de
03-feb-20	07-feb-20	Contributivo	
02-mar-20	06-mar-20	Contributivo	
01-abr-20	05-abr-20	Contributivo	
26-abr-20	28-abr-20	Subsidiado	
01-may-20	05-may-20	Contributivo	

⁵⁷ Primer segmento: incluye los servicios o tecnologías prescritos o registrados en MIPRES en el ámbito ambulatorio y ambulatorio priorizado, los cuales no requieren Junta de Profesionales de la Salud, no corresponden a medicamentos incluidos en el listado oficial de medicamentos con usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS) y no tienen condicionamiento respecto a su cobertura en el Plan de Beneficios en Salud.

Segundo segmento: incluye los servicios o tecnologías que no hacen parte del primer segmento, los que se originen en autorizaciones de los Comités Técnico-Científicos y en los fallos de tutela u órdenes judiciales.

Inicio de presentación	Fin de presentación	Régimen	Estado del proceso
01-jun-20	05-jun-20	Subsidiado	revisión y verificación documental
29-jun-20	30-jun-20	Contributivo	

Fuente: ADRES-Dirección de Liquidaciones y Garantías.

Sobre anterior información se precisa que conforme a lo dispuesto en el artículo 231 de la Ley 1955 de 2019, el proceso de verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 está a cargo de la ADRES, razón por la cual a partir de la vigencia 2020 se dio inicio a la habilitación de ventanas para la presentación de este tipo de servicios y tecnologías.

- **Implementación de techos o presupuestos máximos**

En el marco de lo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, el 4 de marzo de 2020, la ADRES expidió la Resolución 2067 a través de la cual se establece el proceso para realizar la transferencia de recursos de techos o presupuestos máximos por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de la ADRES.

Producto de lo anterior la ADRES, a la fecha, ha realizado transferencias de recursos por concepto de techos o presupuestos máximos por el orden de \$1,57 billones correspondientes a los periodos marzo a junio de 2020 y se están surtiendo los trámites correspondientes para el giro de \$397.268 millones del periodo de julio del presente año. En la siguiente tabla se detalla el valor actualmente transferido:

Tabla 78. Presupuestos máximos

Período	Valor girado (en millones)	Fecha de giro
mar-20	\$392.825,20	10-mar-20
abr-20	\$785.650,40	28-mar-20
may-20		
jun-20	\$399.307,70	11-jun-20
Total	\$1.577.783,30	

Fuente: ADRES-Dirección de Liquidaciones y Garantías.

- **Saneamiento definitivo (Acuerdo de Punto Final)**

En concordancia con lo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y el Decreto 521 de 2020, la ADRES, luego de surtir la etapa de publicación para comentarios y realizar los ajustes correspondientes, expidió la Resolución 2707 de 2020 por medio de la cual se adoptaron las especificaciones técnicas y

operativas para el proceso de auditoría y pago de las cuentas relacionadas con los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC, dentro de las cuales se encuentran: el Manual Operativo y de Auditoría; las tablas de referencia de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC del régimen contributivo que servirán para adelantar el proceso de revisión y verificación en el marco del saneamiento definitivo; y la metodología para verificar la calidad de los resultados de auditoría.

Adicionalmente, para la operación de dicho mecanismo, la ADRES surtió el proceso de contratación de una firma que prestará los servicios de revisión y verificación de los requisitos que deben cumplir los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC presentados por las entidades recobrantes en el marco del proceso de verificación, reconocimiento y giro que adelanta la entidad. Como resultado de dicho proceso, en junio de 2020 se celebró el contrato 227 por \$86.440,9 millones con la empresa Data Tools S.A, cuyo inicio se dio el 23 de junio del 2020 con la suscripción del acta correspondiente. Es de anotar que, en el marco de la ejecución de este contrato, la empresa Data Tools realizará el proceso de revisión y verificación de las cuentas que correspondan al segundo segmento y que sean presentadas por las entidades recobrantes en el marco del saneamiento definitivo, como aquellas que han sido presentadas en virtud de la Resolución 41656 de 2019 y sobre las cuales está pendiente el resultado del proceso de revisión y verificación.

Ahora bien, para la presentación por parte de las entidades recobrantes de cuentas objeto del saneamiento definitivo, la ADRES durante el mes de junio de 2020 habilitó dos ventanas, la primera, del 11 al 15 de junio para aquellas cuentas que correspondan a las características del primer segmento, y la segunda, del 17 al 21 de junio para las del segundo segmento. Actualmente, se adelantan los procesos de revisión y verificación, sobre los cuales se comunicarán oportunamente los resultados a las entidades recobrantes.

Finalmente, la ADRES expidió la Circular 025 de junio de 2020, por medio de la cual establece el cronograma del segundo semestre de 2020 para la presentación de las cuentas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC.

- **Reclamaciones (cambio del esquema de pago de reclamaciones por vehículos no identificados o sin SOAT en el Decreto-Ley Anti-Trámites)**

El artículo 106 del Decreto Ley 2106 de 2019, a través del cual se modificó el artículo 114 del Decreto Ley 019 de 2012, señala que “Dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente decreto ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la ADRES, establecerá la

metodología para definir el valor de la prima y forma de pago que se reconocerá a las EPS para que asuman el riesgo derivado de garantizar la atención en salud y el transporte al centro asistencial de las víctimas de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos no asegurados por el SOAT o no identificados, y el mecanismo para dicho pago.”

En virtud de lo anterior, a la fecha, el Ministerio de Salud y Protección Social trabaja en la reglamentación del mencionado artículo, en la que se definirá la cobertura (si hay lugar a ello), la metodología de pago a las EPS y los periodos a partir de la cual, estas asumirán el reconocimiento y pago por las atenciones en salud que presten sus afiliados con ocasión de accidentes de tránsito en los que se encuentren involucrados.

6.2. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD-SUPERSALUD

6.2.1 Supervisión por riesgo

Dentro del enfoque preventivo y orientado a la mitigación de los riesgos, que afectan la estabilidad del SGSSS y que permitan el seguimiento al manejo integral del riesgo por parte de los vigilados, se definieron herramientas de fortalecimiento del enfoque, dentro de las cuales se destacan:

Tabla 79. Acciones implementadas en el nuevo modelo de riesgos (junio 2019-mayo 2020)

Actividad	Detalle	Número
Riesgo en Salud	Evaluación de la gestión del riesgo en salud de Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Territoriales de Salud (ET-S), comprende: 1) la caracterización institucional de cada entidad a partir de diversos indicadores seleccionados; 2) la evaluación de modelos de atención de EPS; y, 3) la estimación y análisis del nivel de riesgo en salud de cada entidad (Alto, Medio alto, Moderado o Bajo).	33 EPS 32 Departamentos 2 Distritos
	<p>Seguimiento a la gestión del riesgo en salud de Entidades Promotoras de Salud (EPS) y de Entidades Territoriales de Salud (ET)⁵⁸:</p> <p>Riesgo Alto: Se realizó visita a 4 EPS (1 del régimen contributivo y 3 del régimen subsidiado) y a 7 ET.</p> <p>Riesgo Medio Alto: Se realizó el primer monitoreo del Seguimiento al Deterioro de la Gestión de Riesgos en Salud a 3 EPS del Régimen Contributivo y 4 EPS del Régimen Subsidiado. Para ET se realizó el requerimiento a 8 ET. Al respecto, se adelantó capacitación y entrenamiento a funcionarios de las regionales de la SNS para realizar el despliegue regional del Modelo de Supervisión Basada en Riesgos – Salud.</p> <p>Riesgo Moderado: Para 3 EPS del Régimen Contributivo y 6 EPS del Régimen Subsidiado se realizaron 5 monitoreos y cierre del seguimiento a la tolerancia de 13 indicadores trazadores. A 10 ET se les realizó el primer monitoreo y el requerimiento del Seguimiento a la Tolerancia de 8 Indicadores Trazadores.</p> <p>Riesgo Bajo: Para 3 EPS del Régimen Contributivo y 6 EPS del Régimen Subsidiado se realizaron 4 monitoreos y cierre del seguimiento a la tolerancia de 5 indicadores de monitoreo. A 9 ET se les realizó el primer monitoreo y el requerimiento del seguimiento a la tolerancia de 5 indicadores de monitoreo</p>	10 EPS del Régimen Contributivo 19 EPS del Régimen Subsidiado 34 entidades Territoriales

⁵⁸ Para el Seguimiento a la Gestión del Riesgo en Salud de Entidades Territoriales se tendrá en cuenta la situación particular de respuesta a la emergencia por COVID-19.

Actividad	Detalle	Número
Cumplimiento de condiciones financieras y de solvencia en EPS	Evaluación y publicación de los informes de evaluación de cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud con corte a mayo de 2020, en el marco de lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y sus modificatorias. Evaluación de EPS Indígenas y EPS No Indígenas	2 informes: 1: Capital Mínimo y Patrimonio Adecuado. 2: Régimen de Inversiones Evaluación a 35 EPS no indígenas
Reservas Técnicas	Verificación de la metodología y del cálculo de reservas técnicas que deben reconocer las EPS en sus estados financieros para establecer la verdadera situación financiera de estas entidades.	31
Notas técnicas	Evaluación actuarial a notas técnicas remitidas a la SNS por las EAPB de Planes Voluntarios de Salud, referentes al cálculo y actualización de tarifas	64
Reorganización Institucional de EPS	Conceptos sobre solicitudes de aprobación de reorganización institucional de las EPS para capitalizar con recursos nuevos y fortalecer la capacidad financiera de estas entidades.	8 PRI y 5 PAF desfavorables
Mesas de flujo financiero	<p>Coordinación y desarrollo de mesas de flujo de recursos para que las Entidades responsables de pago y los Prestadores de servicios de salud, principalmente ESE públicas de todo el país, aclaren las cuentas de cartera y suscriban acuerdos de pago, que ayuden a la recuperación financiera de estos hospitales.</p> <p>A partir de la emergencia sanitaria generada por la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), estas mesas de flujo de recurso se encuentran realizándose de manera virtual.</p>	<p>Presenciales: 21 mesas Acuerdos por \$220.785.284.579</p> <p>Virtuales: 52 mesas acuerdos por \$24.876.994.341</p> <p>Total de acuerdos: \$245.662.278.920</p> <p>Corte junio 2019 a 31 de mayo de 2020</p>

Fuente: Supersalud. Delegada para la Supervisión de Riesgos

6.2.2 Supervisión por cumplimiento

En el marco de las funciones de la vigilancia e inspección se efectuaron las siguientes actividades:

Tabla 80. Auditorías y visitas realizadas a sujetos vigilados

TIPO VIGILADO	TIPO ACTIVIDAD	Jun-dic 2019	Ene-mayo 2020
Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB	Visitas	36	10
	Auditoría Documental	-	41
	Auditoría Especial	1	-
Instituciones Prestadoras de Salud-IPS	Visita	57	36

TIPO VIGILADO	TIPO ACTIVIDAD	Jun-dic 2019	Ene-mayo 2020
Entidades del Orden Nacional	Visita	7	-
	Auditoría Documental	2	-
Entidades del Orden Territorial	Visita	19	4
	Auditoría Documental	1	36
	Auditoría Integral	1	5
Específico en el Marco de la Emergencia Sanitaria ⁵⁹	Visita	-	1
TOTAL		124	133

Fuente: Supersalud. Delegada para la Supervisión Institucional

Así mismo, en relación con la orden **20 de la Sentencia T-760** de la Corte Constitucional, se precisa que a la fecha se está elaborando el informe relacionado con los catorce (14) criterios que evalúan la **garantía del acceso a la prestación de servicios**.

Se aclara que para la vigencia 2019 se evidenciaron inconsistencias en el cargue de la información de veintidós (22) EPS, hecho que imposibilitó el análisis de dichas bases de datos. Por tanto, el informe se elaboró únicamente con aquellas EPS que reportaron la información de acuerdo con los requisitos exigidos en las estructuras y definiciones para el envío y cargue a la Superintendencia Nacional de Salud. Respecto de estas veintidós (22) entidades y con el fin de contar con un análisis completo del sector sobre los criterios definidos por la Corte Constitucional, esta Superintendencia habilitará, previa coordinación con dichas EPS, la plataforma y medio de envío de la información para que una vez corregidas las inconsistencias procedan a cargar nuevamente los datos.

Los resultados agregados para la vigencia 2019 en relación con la oportunidad en la autorización y prestación de servicios incluidos en el plan de beneficios, fueron los siguientes:

- Referente a la **autorización** de servicios de salud se observó un incumplimiento promedio del 26,64% (excluyendo el criterio 3⁶⁰).
- En el caso de la oportunidad en la *prestación* de servicios de salud, las EPS reportaron registros que superaron los 90 días calendario con una media de 13,09% del total.

⁵⁹ Corresponde a visita realizada a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (entidad del Orden Territorial), al Fondo Financiero Distrital de Salud (entidad del Orden Territorial) y a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE (Prestador Servicios de Salud) en virtud de la normativa expedida con ocasión de la declaratoria de Emergencia Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

⁶⁰ Criterio medido en términos absolutos, no relativos

Los mayores porcentajes de incumplimiento agregados por criterio y segmentados por régimen, se muestran a continuación:

Tabla 81. Autorizaciones de Servicios de Salud

CRITERIO	PORCENTAJE INCUMPLIMIENTO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
14 - Negación de autorizaciones ordenadas por fallos de tutela	95,92%
4 - Autorización Procedimientos	46,31%
8 - Autorizaciones a menores de Edad	43,04%
CRITERIO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
14 - Negación de autorizaciones ordenadas por fallos de tutela	83,81%
4 - Autorización Procedimientos	36,92%
8 - Autorizaciones a menores de Edad	29,59%

Fuente: Supersalud. Delegada para la Supervisión Institucional

Tabla 82. Prestaciones de Servicios de Salud

CRITERIO	PORCENTAJE INCUMPLIMIENTO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
6 - Prestación Transporte y Manutención	56,88%
14 - Prestaciones de servicios posteriores a fallos de tutela	19,51%
4 - Entrega Medicamentos	17,44%
CRITERIO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
4 - Entrega Medicamentos	42,66%
6 - Prestación Transporte y Manutención	41,68%
2 - Prestaciones servicios de salud excluidos del Plan de Beneficios	10,02%

Fuente: Supersalud. Delegada para la Supervisión Institucional

Tabla 83. Seguimiento a planes de mejoramiento

TIPO ENTIDAD	ACTIVIDAD	Jun-Dic 2019	Ene-May 2020
EAPB	Planes de Mejoramiento evaluados	38	44
	Solicitudes de Suscripciones de Planes de Mejoramiento	80	36
IPS	Planes de Mejoramiento evaluados	52	20
	Solicitudes de Suscripciones de Planes de Mejoramiento	37	32
Entidades del Orden Nacional	Planes de Mejoramiento evaluados	2	1
	Solicitudes de Suscripciones de Planes de Mejoramiento	8	2
Entidades del Orden Territorial	Planes de Mejoramiento evaluados	15	10

TIPO ENTIDAD	ACTIVIDAD	Jun-Dic 2019	Ene-May 2020
	Solicitudes de Suscripciones de Planes de Mejoramiento	34	8
TOTAL		266	153

Fuente: Supersalud. Delegada para la Supervisión Institucional

6.2.3 Sanciones

La Superintendencia Nacional de Salud ha reforzado su capacidad sancionatoria en materia de incumplimientos relacionados con la prestación de servicios de salud, en aquellos grupos que requieren de una mayor acción por parte del Estado por ser sujetos de especial protección constitucional; los incumplimientos concernientes al adecuado flujo de recursos del sistema de salud, así como aquellos relacionados con las condiciones de habilitación y permanencia en el SGSSS.

Aunado al fortalecimiento institucional, a través de la imposición de sanciones más rigurosas de que trata la Ley 1438 de 2011, con la aplicación de la Ley 1949 de 2019. Entre estas, la posibilidad de inhabilitar a representantes legales y revisores fiscales en el supuesto descrito en el artículo 2, parágrafo 3, de esta ley.

- **Sanciones por incumplimiento en la prestación de servicios de salud.** Los principales motivos de sanciones han sido por:
 - ✓ Barreras de acceso a los servicios de salud en términos de calidad, oportunidad e integridad de un paciente a quien fue condicionada la prestación a la exigencia de pago anticipado.
 - ✓ Disponibilidad del proceso de referencia y contrareferencia.
 - ✓ Retraso en las autorizaciones de servicios de salud de paciente con cáncer.
 - ✓ Deficiencias en la red prestadora de servicios y tecnologías de salud y fallas en la prestación de los servicios de nefrología, paciente en coma, colapso hepático, muerte, negación injustificada de servicios.
 - ✓ Barreras en el acceso en la prestación del servicio a un adulto mayor de 80 años Q.E.P.D. Procesos de atención de urgencias.
 - ✓ Barreras de acceso en la prestación de servicios de pacientes con patologías de alto costo o a servicios de alto costo, objeto de medida cautelar.
 - ✓ Fallas en la prestación de servicios de salud de menores indígenas del departamento de La Guajira.
 - ✓ Prestación de servicios de salud en desnutrición a menor neonato.
 - ✓ Fallas en la prestación de servicios de salud (casos Metodología de evaluación de desempeño de EPS).

Tabla 84. Sanciones proferidas en investigaciones administrativas

Entidad sancionada	Multas (junio-Dic 2019)	Miles (\$) (Ene-Dic 2019)	Multas (Ene-abril 2020)	Miles (\$) (Ene-abril 2020)
EPS	18	\$ 8.448.440	26	\$5.644.273
IPS	8	\$ 1.594.123	9	\$ 864.636
Departamentos	7	\$ 1.160.344	3	\$ 697.853
Municipios	15	\$ 1.130.378	12	\$1.070.920
Régimen especial	1	\$41.406	0	\$0
Personas naturales	1	\$16.562	0	\$0
TOTAL	50	\$12.391.253	50	\$ 8.277.682

Fuente. Supersalud. Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos

- **Sanciones por incumplimiento del adecuado flujo de recursos.** Se han impuesto sanciones de este tipo por:
 - ✓ Reintegro de recursos apropiados del SGSSS sin justa causa y no reintegrados a la ADRES.
 - ✓ Inobservancia de los acuerdos de pago establecidos por parte de las ERP en las Mesas de Saneamiento Fiscal y Financiero Circular 030 de 2013.
 - ✓ Incumplimiento del Giro Directo establecido para los contratos de Capitación y Evento.
 - ✓ Cuentas por pagar en mora a proveedores, no pago a IPS de actividades o medicamentos; irregularidades en el trámite y pago de cuentas médicas; y, uso de causales de devolución diferentes a las establecidas en las normas.
 - ✓ Indebida aplicación de glosas en cuentas, generación de barreras administrativas injustificadas para la radicación de facturas, realización de pagos de servicios de salud por debajo de los porcentajes ordenados normativamente y de pagos diferentes a la prestación de los servicios de salud y proveedores de estos.

Tabla 85. Sanciones proferidas en investigaciones administrativas (flujo de recursos)

Entidad sancionada	Multas (jun.-dic. 2019)	Valor miles (\$) (Ene.-dic.2019)	Multas (Ene-mayo 2020)	Valor miles (\$) (Ene-mayo 2020)
EPS	18	\$7.736.260	23	\$ 7.161.117
IPS	6	\$107.655	3	\$ 294.064
Departamentos	3	\$572.228	0	\$0
Municipios	1	\$16.562	1	\$79.002
Generados de recursos	0	\$0	2	\$ 43.890
TOTAL	28	\$8.432.705	29	\$ 7.578.073

Fuente. Supersalud. Delegada de Procesos Administrativos

- **Ley 1949 de 2019:** Desde el 8 de enero de 2019 se encuentra vigente la Ley 1949 de 2019, cuyo objeto, entre otros aspectos, es el fortalecimiento de

la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en materia sancionatoria. En tal sentido, aumentó los mínimos y máximos de las multas a imponer, de modo que estas serán entre 200 y 8.000 SMMLV para personas jurídicas y entre 50 y 2.000 SMMLV para personas naturales.

En el marco de la nueva legislación, la Superintendencia Nacional de Salud ha impuesto catorce (14) sanciones de multa, por **\$12.901,2 millones**, principalmente a las EPS, por temas relacionados con barreras de acceso e irregularidades en la prestación de los servicios de salud, inobservancia a las instrucciones de esta Superintendencia e incumplimiento de acuerdos generados en mesas de flujo de recursos. Asimismo, se encuentran en curso 54 procesos administrativos sancionatorios bajo la vigencia de esta ley.

Por último, la Superintendencia atendió el llamado que le hizo el legislador en la Ley 1949 de 2019, con la expedición de la Resolución 1972 de abril de 2020, en la cual adoptó una metodología para garantizar la proporcionalidad y razonabilidad del término por el cual se extendería la inhabilidad de representantes legales y/o revisores fiscales de las entidades vigiladas en el evento de haber sido removidos de sus cargos por conductas violatorias del SGSSS.

6.2.4 Adopción y seguimiento de acciones y medidas especiales

A mayo de 2020 las entidades vigiladas con medidas especiales se discriminan como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 86. Entidades con medidas especiales

MEDIDA	ENTIDADES 31 de mayo 2019			ENTIDADES 31 mayo de 2020		
	EAPB	IPS	TOTAL	EAPB	IPS	TOTAL
Programa de recuperación	1	0	1	0	0	0
Vigilancia especial	19	1	20	20	3	23
Intervención forzosa administrativa para administrar	0	8	8	0	10	10
Intervención forzosa administrativa para liquidar	2	1	3	7	1	8
TOTAL	22	10	32	27	14	41

Fuente: Supersalud. Delegada de Medidas Especiales

Durante el periodo de junio 2019–mayo 2020 se destacan las siguientes actividades:

- **Entidades en Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar:**

Tabla 87. Entidades en Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar

ENTIDAD	ACTIVIDAD
CAFESALUD EPS S.A.	El 22 de julio de 2019 mediante la Resolución 007172, se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar CAFESALUD EPS S.A. Decisión que se tomó después de la negativa al programa de reorganización presentado por la entidad.
COMFACOR	Mediante la Resolución 007184 del 23 de julio de 2019, se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar Programa de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Córdoba "COMFACOR"
SALUDVIDA S.A. EPS	Mediante Resolución 008896 del 1 de octubre de 2019, se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar SALUDVIDA S.A. EPS
Emdisalud ESS EPS-S	Después de más de cinco (5) años con medida preventiva de vigilancia especial, se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar a la Empresa Mutua para el Desarrollo Integral de la Salud-Emdisalud ESS EPS-S , mediante Resolución 008929 del 2 de octubre de 2019
Cruz Blanca EPS	El 7 de octubre de 2019, se ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar a Cruz Blanca EPS . Adoptada mediante la Resolución 008939
ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís	Se perfeccionó la entrega del lote ubicado en el barrio Julio Figueroa a la Gobernación, el cual se encontraba con problemas de titularización por una restricción al estar catalogado como bien de interés cultural. Se perfeccionó la entrega de la sede del Hospital a la Nueva ESE. Depuración de títulos pensionales e historias laborales para entrega a la Gobernación. En febrero de 2020 la liquidación recibe nuevamente el encargo fiduciario para la administración de los recursos FONSAET, el cual se encontraba en cabeza de la Gobernación del Chocó, con el fin de continuar ejecutando estos recursos para el pago de las acreencias pendientes y nuevos fallos de procesos judiciales. Recuperación de cartera y defensa de los procesos judiciales. Graduación y calificación de los nuevos procesos judiciales fallados.

Fuente: Supersalud.

- **Intervención Forzosa Administrativa para Administrar**

Tabla 88. Intervención Forzosa Administrativa para Administrar

ENTIDAD	ACTIVIDADES
Hospital Regional San Andrés ESE de Chiriguáná Cesar	El 13 de junio del 2019 mediante Resolución 6063 se ordenó medida de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar esta Entidad, la cual actualmente se encuentra en curso; proceso que fue ordenado posterior a llevar dos años y medio en medida cautelar de vigilancia especial, tiempo en el cual la Entidad no logró enervar los hallazgos que la originaron.



ENTIDAD	ACTIVIDADES
	<p>Esta Entidad se encontraba en un estado de iliquidez, desequilibrio operacional, acumulación de pasivos sin fuente de financiación para su pago, subutilización de la capacidad instalada, inoportunidad en el reporte de información, entre otros aspectos, lo cual ponía en riesgo la adecuada prestación de los servicios de salud a los usuarios en condiciones de calidad, accesibilidad y seguridad del paciente.</p> <p>Durante el proceso de intervención la entidad ha avanzado en la depuración contable y jurídica; la imagen institucional de la entidad se ha transformado positivamente ante la comunidad usuaria, teniendo en cuenta el mejoramiento de la atención en salud; en cumplimiento de los estándares del sistema único de habilitación se vienen fortaleciendo los procesos prioritarios de atención, el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física y la tecnología biomédica.</p>
ESE Alejandro Próspero Reverend de Santa Marta	<p>Mediante Resolución 6396 del 05 de julio del 2019 se ordenó la Intervención Forzosa Administrativa para Administrar, derivada entre otras por las fallas en la prestación de los servicios de salud, insuficiente stock de medicamentos, incumplimiento en los requisitos de habilitación, fallas en la defensa judicial, inexistencia de control interno, desequilibrio presupuestal y falta de confiabilidad y razonabilidad de la información.</p> <p>Durante la medida ordenada se destacan algunos avances:</p> <ul style="list-style-type: none">Reapertura del laboratorio clínico, con realización de más procedimientos;Reubicación del personal asistencial según su capacidad de producción;Identificación de servicios ofertados y que no se encontraban contratados;Reestructuración del cronograma de mantenimiento preventivo;Aumento del nivel de ingresos,Pago de la operación corriente desde la adopción de la medida;Defensa judicial de los procesos que cursan en su contra.
ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos - Sucre	<p>El 18 de marzo de 2020 mediante Resolución 1616 se ordena la toma de posesión e Intervención Forzosa Administrativa para Administrar a esta Entidad por el término de un año, lo anterior considerando que se evidenciaron fallas administrativas, financieras, asistenciales y jurídicas, lo cual ponía en riesgo la adecuada y oportuna prestación del servicio de salud a los usuarios en condiciones de calidad, accesibilidad y seguridad de paciente.</p> <p>Dentro de estas fallas se evidenció el no pago oportuno de salarios y prestaciones sociales, déficit presupuestal, falta de confiabilidad y razonabilidad de la información financiera, inoportunidad en la radicación de la facturación de los servicios prestados, incumplimiento de los estándares de habilitación y carencia de mantenimiento a la totalidad de bienes muebles e inmuebles y equipos biomédicos.</p>
ESE Hospital San José de Maicao	<p>Incremento en la producción y facturación por atención a población migrante venezolana, no obstante, la ESE no ha recibido el recaudo efectivo de la mayoría de estos servicios por parte de la entidad territorial.</p> <p>Dotación del servicio de urgencias (\$185 millones), dotación de los servicios de baja complejidad (\$390 millones), adquisición de un tomógrafo (\$1.213 millones).</p> <p>Construcción del área de lavandería (\$309 millones).</p> <p>En proceso licitatorio proyecto de aires acondicionados por \$1.516 millones.</p> <p>Proyectos de dotación de equipo biomédico y mobiliario para cirugía, obstetricia y hospitalización aprobados por Minsalud, en espera de asignación de recursos (\$1.180 millones).</p>

ENTIDAD	ACTIVIDADES
Hospital San Andrés ESE de Tumaco Nariño	<p>Adquisición de ambulancia medicalizada financiada con recursos de Minsalud y recursos propios (\$280 millones). Después de transcurridos 2 años de la asignación de los recursos FONSAET, se logró culminar su ejecución, la cual se encontraba pendiente en aproximadamente el 82% de lo asignado (\$6.000 millones), teniendo en cuenta las condiciones en que se encontró la información al inicio de la medida, donde las obligaciones carecían de soportes y claridad en la contabilidad.</p> <p>Con esto se logró la disminución de las deudas por concepto de personal, servicios públicos, proveedores de servicios, insumos y medicamentos y procesos jurídicos laborales.</p>
ESE Hospital San Diego de Cereté-Córdoba	<p>El 17 de abril de 2020, luego de 4 meses en Toma de Posesión se adoptó la intervención forzosa administrativa para administrar de la ESE Hospital Sandiego de Cereté, por un término de seis (6) meses.</p>

Fuente: Supersalud.

- **Medida de toma de posesión**

Tabla 89. Medida de toma de posesión

ENTIDAD	ACTIVIDADES
ESE Hospital San Diego de Cereté-Córdoba	<ul style="list-style-type: none"> • El 20 de diciembre de 2019 mediante Resolución 010830, se ordenó la toma de posesión de este Hospital por el término de 2 meses, sin embargo, dada la criticidad en la confiabilidad de la información, la cual no permitía la toma de decisiones se prorrogó por 2 meses más. • El 17 de abril de 2020 se ordenó la intervención forzosa administrativa para administrar por el término de un año, teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico realizado durante la toma de posesión, entre otros aspectos, se encontró un riesgo jurídico derivado de los procesos y contratos de personal con funciones similares a los cargos de planta, acumulación de pasivos, desequilibrio operacional y el deterioro de infraestructura, lo anterior, con el fin de que durante este tiempo se avance en la superación de estos hallazgos.

Fuente: Supersalud

- **Medidas preventivas**

Tabla 90. Medida de toma de posesión

ENTIDAD	ACTIVIDADES
Adopción de Medidas Preventivas en EAPB	<p>Con Resolución 009466 del 25 de octubre de 2019, se adopta la medida preventiva de vigilancia especial al programa de Salud de la Caja de Compensación Familiar del Chocó “COMFACHOCÓ”</p> <p>Resolución 008925 del 2 de octubre de 2019, mediante la cual se adopta la medida preventiva de vigilancia especial a EMSANAR EPS SAS</p> <p>Con Resolución 1164 del 4 de marzo de 2020, mediante la cual se adopta medida preventiva de vigilancia especial al Programa de la Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar de la Guajira- COMFAGUAJIRA</p> <p>Mediante Resolución 1165 del 4 de marzo de 2020, se adopta medida preventiva de vigilancia especial al Programa de la Entidad</p>



ENTIDAD	ACTIVIDADES
<p>Prórroga de Medidas Preventivas en EAPB</p>	<p>Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Nariño-COMFAMILIAR NARIÑO</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud, tras el seguimiento y monitoreo a las medidas preventivas de las siguientes EAPB, decidió prorrogar su término debido a que no han superado las condiciones que llevaron a la adopción de la medida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Sucre “COMFASUCRE”, Resolución 002022 del 20 de abril de 2020 • ASOCIACION DE CABILDOS INDIGENAS Y LA GUAJIRA DUSAKAWI, Resolución 006325 del 28 de junio de 2019 • Programa de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca COMFACUNDI, Resolución 1741 del 27 de marzo de 2020 • CONVIDA, Resolución 10850 del 26 diciembre de 2019 • CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S., Resolución 000994 del 26 de febrero de 2020 • CAPRESOCA, Resolución 8856 del 27 septiembre de 2019 • Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S. “SAVIA SALUD EPS”, Resolución 008858 del 27 de septiembre de 2019 • SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. SOS, Resolución 1742 del 27 de marzo de 2020 • MEDIMAS EPS SAS, Resolución 001098 del 28 de febrero de 2020 • Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó “AMBUQ EPS-S-ESS”, Resolución 995 del 26 de febrero de 2020 • Cooperativa de Salud Comunitaria Empresa Promotora de Salud Subsidiada “COMPARTA EPS- S”, Resolución 9464 del 25 de octubre de 2019 • Programa de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Cartagena y Bolívar “COMFAMILIAR CARTAGENA”, Resolución 000235 del 27 de enero de 2020 • COOMEVA EPS, Resolución 9785 del 15 de noviembre de 2019 • EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS EPS SAS, Resolución 10672 del 12 de diciembre de 2019 • ASMET SALUD EPS S.A.S., Resolución 010426 del 5 de diciembre de 2019
<p>Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima</p>	<p>El 30 de julio de 2019 se levanta la medida de intervención forzosa administrativa para administrar esta Entidad y en su lugar se ordena medida de vigilancia especial por el término de un año.</p> <p>Teniendo en cuenta los avances se concluyó que la ESE se encuentra en capacidad de desarrollar las actividades que son propias de la operación ordinaria de las IPS como la recuperación de cartera, pago de pasivos, atención de los procesos jurídicos en contra, mantenimiento de los indicadores de calidad, seguridad clínica y oportunidad, entre otros; y, por lo tanto, para ejercer dichas actividades, no requería estar bajo la figura de la intervención forzosa administrativa para administrar.</p>
<p>Hospital Departamental de Villavicencio</p>	<p>El 14 de enero de 2020 se levantó la medida de intervención forzosa administrativa para administrar y se ordenó medida de vigilancia especial por el término de un año.</p> <p>La Entidad logró superar el deterioro que presentaba en los estándares de habilitación, especialmente el de infraestructura, ha garantizado el abastecimiento de medicamentos, insumos, equipos biomédicos, talento humano, se fortalecieron procesos prioritarios, historias clínicas, permitiendo a los usuarios acceder a los servicios en condiciones de calidad, efectividad y seguridad clínica.</p>



ENTIDAD	ACTIVIDADES
	Igualmente, registró un mejoramiento en la facturación frente a lo que se presentaba en octubre de 2015 cuando inició la intervención, es decir que pasó de facturar \$5.800 millones en promedio a \$14.508 millones, normalizando y fortaleciendo los ingresos de la entidad, con una tendencia al crecimiento, dada la diversificación del portafolio, la apertura de nuevos servicios y la recuperación de la imagen institucional; determinando de esta forma que al levantarse la medida de intervención, la procedencia de una medida de Vigilancia Especial va enfocada al monitoreo de los resultados alcanzados para mantenerlos y mejorarlos.
ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira Risaralda	El 26 de diciembre de 2019 mediante Resolución 010839 se adoptó medida preventiva de vigilancia especial por el término de seis (6) meses, con el fin de asegurar la adecuada prestación del servicio de salud y la gestión de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adicionalmente, se designó un Contralor para verificar el adecuado cumplimiento de esta medida.

Fuente: Supersalud. Delegada para las Medidas Especiales

- **Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud–FONSAET:** El 16 de diciembre de 2019, mediante Resolución 3370, el Ministerio de Salud y Protección Social asignó recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud–FONSAET por \$42.425 millones a las entidades con medida de intervención forzosa administrativa para administrar, como se detalla a continuación:

Tabla 91. Recursos FONSAET asignados en la vigencia 2019

ENTIDAD	VALOR ASIGNADO
ESE Hospital San Jerónimo de Montería	12.517.430.016
Hospital Universitario de Sincelejo ESE	18.995.594.773
Hospital Regional San Andrés ESE de Chiriguana	2.578.105.927
ESE Alejandro Próspero Reverend de Santa Marta	5.835.755.537
Hospital San Andrés de Tumaco Nariño	2.498.167.886
TOTAL	42.425.054.139

Fuente. Supersalud. Delegada para las Medidas Especiales

Estos recursos coadyuvarán con el saneamiento de pasivos en estas instituciones, principalmente serán destinados al pago de deudas de personal.

6.2.5 Administración de Justicia y Resolución de Conflictos dentro del SGSSS

- **Función de conciliación:** A través de esta función la Supersalud ha logrado la depuración de cartera, aclaración de cuentas y la suscripción de acuerdos de pago existentes entre entidades deudoras del sistema e instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas-IPS, lo que contribuye al saneamiento contable, a la definición de la deuda entre

los actores y al adecuado flujo de recursos del SGSS, tal como se muestra a continuación:

Tabla 92. Actas-valor conciliaciones Junio-diciembre de 2019 y enero-mayo 2020

Periodo	ACTAS	Valor miles (\$)
Jun-Dic 2019	640	\$230.595.101
Ene-May 2020	183	\$70.906.265
TOTAL	823	\$301.501.366

Fuente. Supersalud. Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación

- **Función Jurisdiccional:** Durante el periodo, la Supersalud ha finalizado e impartido órdenes en 2.976 procesos jurisdiccionales a través de las cuales se da respuesta a las demandas y/o se reconocen los derechos de los usuarios, y en general de los actores del SGSSS.

Tabla 93. Sentencias emitidas por asuntos jurisdiccionales

Periodo	Prestaciones Económicas	Reconocimientos económicos	Glosas Recobros y Reclamaciones	Cobertura Servicios PBS, Cobertura Servicios Excluidos PBS, Libre Elección y Movilidad y Multifiliación	Total
Jun-Dic 2019	818	593	136	217	1.764
Ene-May 2020	511	349	139	268	1.267
TOTAL	1.329	885	277	485	2.976

Fuente: Supersalud. Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación

6.2.6 Gestión de la participación ciudadana en las instituciones del SGSSS

Con el fin de promover la participación ciudadana se llevaron a cabo las siguientes actividades en el periodo objeto de reporte:

Tabla 94. Actividades de participación ciudadana (junio 2019 a mayo 2020)

Actividad realizada	Lugares de realización de la actividad (ciudades)	Asistentes
Espacio de diálogo comunitario denominado "diálogo con la Supersalud".	Medellín, Sincelejo, Mocoa, Mitú, Inírida, Cartagena, Leticia, Soacha, Armenia, Maicao, Cúcuta, Buenaventura, Barranquilla, Bosa, Fonseca.	6.120
Eventos a terceros	Bogotá, Cartagena de Indias, Pereira, Silvania	122
Jornadas de capacitación y participación ciudadana	Apartadó, Barrancabermeja, Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Chaparral, Chiquinquirá, Cogua, Colosó, Cúcuta, El Rosal, Espinal, Florencia, Floridablanca, Ibagué, Inírida, Leticia, Manizales, Medellín, Moniquirá, Montería, Neiva, Pereira, Popayán, Puerto Asís, Riohacha, San José del Guaviare, Santa Marta, Sincelejo, Sogamoso, Tuluá, Tunja, Yopal, Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cajicá, Chaparral, Cogua, Fonseca, Fusagasugá, Ibagué, Maicao, Puerto Asís,	6.650

Actividad realizada	Lugares de realización de la actividad (ciudades)	Asistentes
	Salento, San José del Guaviare, Saravena, Soacha, Leticia, Silvania y Puerto Carreño.	
Jornadas de atención al usuario	Bogotá, Cajicá, Neiva, Villavicencio, Yopal, Armenia, Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Manizales, Medellín, Pasto, Pereira, Santa Marta, Valledupar.	2.051
Mesas de trabajo	Bogotá, D.C., Cúcuta, Guapi, San José del Guaviare, Tunja	211
Rendiciones de cuentas focalizadas	Bogotá.	321
Seminarios de promoción y divulgación de mecanismos de Participación ciudadana y control social	Armenia, Bahía Solano, Bogotá, Buenaventura, Cartagena, Guapi, Inírida, La Dorada, La Hormiga, Leticia, Mitú, Puerto Carreño, Puerto López, Quibdó, San José del Guaviare, Saravena, Sincelejo, Tumaco, Villavicencio, Yopal.	3.023

Fuente: Supersalud. Delegada para la Protección del Usuario

En la búsqueda constante de construir ciudadanía, a través de escenarios de participación e interacción incluyente con la población colombiana, durante el periodo junio 2019 a mayo 2020 la Supersalud ha desarrollado una estrategia de mejoramiento de la atención al ciudadano:

- **Eventos.** Escenarios de participación con la ciudadanía en todo el territorio nacional, estos se han desarrollado como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 95. Eventos

Concepto	Junio de 2019 a mayo 2020
Eventos	257
Asistentes a eventos	18.523

Fuente: Supersalud. Delegada para la Protección al Usuario

6.2.7 Protección al usuario del SGSSS

- **Gestión de PQRD y solicitudes de información.** La Supersalud en cumplimiento de su misión, trabaja “de la mano con los usuarios” del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este sentido, se ejecutan las acciones necesarias para ejercer la inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de los derechos en salud de los habitantes del territorio colombiano, mediante la respuesta oportuna de las peticiones, quejas, reclamos, denuncias, PQRD y solicitudes de información que son puestas en conocimiento de la Superintendencia a través los canales oficiales dispuestos

al servicio de los usuarios. Para el periodo en mención se tienen las siguientes cifras:

Tabla 96. Gestión de PQRD y solicitudes de información

Trámite	Junio 2019 a mayo 2020
PQRD	809.995
Solicitud de Información	977.314
Total	1.787.309

Fuente: Supersalud Fuente. Delegada para la Protección al Usuario

Así mismo, en procura del acercamiento y mejora de la atención al ciudadano, se ha fortalecido la presencia institucional en el territorio Nacional, mediante la celebración de diferentes convenios interadministrativos con entidades como la Superintendencia de Industria y Comercio–Red Nacional de Protección al Consumidor, Unidad para la Reparación y Reparación Integral a las Víctimas, Gobernaciones, Alcaldías y la Procuraduría General de la Nación, que permiten ampliar la cobertura ciudadana.

- **Visitas de inspección.** Las visitas de inspección se realizan a las oficinas de atención al usuario de las vigiladas en aras de verificar no sólo las condiciones de atención, sino también la gestión y solución de fondo a las PQRD. En el periodo reportado se efectuaron un total de 312 visitas, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 97. Visitas realizadas de junio 2019 a mayo 2020

PERIODO	VISITAS
2019 (junio-diciembre) – Subtotal 1	252
Visitas realizadas por las Regionales	94
Visitas realizadas por DAU	71
Visitas de seguimiento a fallos judiciales	87
2020 (enero-mayo) – Subtotal 2	60
Visitas realizadas por las Regionales	27
Visitas realizadas por DAU	33
TOTAL (1+2)	312

Fuente: Supersalud. Delegada para Protección al Usuario

- **Medidas Cautelares.** Herramienta dispuesta en el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011 implementada para garantizar, a los usuarios del sistema de salud, los servicios particulares que tengan de acuerdo con cada patología.

Tabla 98. Medidas cautelares de junio 2019 a mayo 2020

Periodo	Medidas cautelares	Resolución-medidas cautelares
Junio a diciembre-2019	3	6681 de 16/07/2019 6731 de 18/07/2019 7591 de 05/08/2019
Febrero-2020	2	695 de 20/02/2020 696 de 20/02/2020
Abril-2020	6	2018 de 17/04/2020 2019 de 17/04/2020 2023 de 20/04/2020 2024 de 20/04/2020 2025 de 20/04/2020 2048 de 21/04/2020
TOTAL	11	

Fuente: Supersalud. Delegada para Protección al Usuario

Con la implementación de esta herramienta legal la Superintendencia ha ordenado resolver casos a pacientes con diferentes patologías entre las que se destacan patologías y eventos de alto costo.

- **Instrumentos de medición**

Tabla 99. Medición

PERIODO	TIPO
2019 y 2020	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS en el canal personalizado (regionales y CAC) y canal telefónico
2019	CLIENTE OCULTO personalizado en las regionales. Chocó, Occidental, Nororiental, Norte, Andina, Sur y CAC Bogotá.

Fuente: Supersalud. Delegada para Protección al Usuario

- **Metodología de Evaluación de Desempeño de las EPS de Atención al Usuario:** Durante el segundo semestre de 2019 se logró evaluar a cuarenta y cuatro **(44) EPS de las cuales 25 son EPS Régimen Subsidiado, 14 EPS Régimen Contributivo y 5 EPS Indígenas**, lo cual arrojó como resultado la solicitud de 23 planes de mejoramiento y 32 requerimientos formulados a los vigilados solicitando explicación por fallas en la prestación de los servicios de salud.
- Adicionalmente, durante el primer trimestre de 2020 se logró evaluar a cuarenta **(40) EPS de las cuales 22 son EPS Régimen Subsidiado, 13 EPS Régimen Contributivo y 5 EPS Indígenas**, como resultado se encuentra en gestión la elaboración de 7 planes de mejoramiento y 14 requerimientos.

6.2.8 Actuaciones especiales de la Superintendencia Nacional de Salud frente a la Emergencia Sanitaria por Covid-19

La Supersalud, en respuesta a la emergencia sanitaria originada por la pandemia del COVID-19, realizó acciones tendientes a la protección de los derechos de los usuarios del SGSSS, la articulación de grupos de alto nivel de competencia para la inspección, y acompañamiento regional y por departamento; la consideración para la flexibilización de la inspección y la vigilancia a fin de garantizar ejercicios rápidos y directos sin perder el rol de supervisor; el desarrollo del control preventivo mediante la expedición de actos administrativos; la ampliación de las capacidades regionales con participación directa de los referentes en las regiones; el fortalecimiento de las acciones a través de acuerdos de coordinación con los gremios tales como ACEMI, GESTAR SALUD y FENALCO; la gestión para ampliar el número de camas hospitalarias en el país con el fin de apoyar las fases de contención y mitigación del COVID-19 y así garantizar la atención oportuna de los usuarios que hayan sido diagnosticados; aunado al despliegue de acciones internas como medida de protección del Talento Humano de la Superintendencia Nacional de Salud.

A continuación, se ilustran las medidas adoptadas:

- **Protección de los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

- ✓ A partir del 16 de marzo se suspendió la atención personalizada en todos los puntos de atención personalizada fijos y móviles a través de las Rutas del Consumidor y se amplió el horario de atención del chat (lunes a domingo x 24 horas).
- ✓ Habilitación en el centro de atención telefónica de la Supersalud: Línea 01 8000 513 700, la opción No 6 exclusiva para atención a usuarios a nivel nacional, las 24 horas del día de manera gratuita, desde todos los operadores de telefonía móvil celular con el fin de generar información a la ciudadanía y gestionar de manera más ágil, las PQRD que puedan presentarse frente al COVID-19.
- ✓ Generación de alertas sobre falsas cadenas para engañar a la ciudadanía en medio de la emergencia por coronavirus.
- ✓ Participación de trece (13) agentes propios para atención de la línea 192 de Minsalud.
- ✓ Seguimiento a las Entidades Territoriales-ET y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB en el cumplimiento de las

directrices impartidas en cuanto a la entrega de medicamentos en el domicilio.

- ✓ Mediante la Resolución 0309 de 2020, suspendió términos en algunos asuntos de conocimiento de la Delegada para la Función Jurisdiccional, y estableció continuar de manera prioritaria con los trámites que involucran la salud o el acceso efectivo a los servicios de los ciudadanos (cobertura de los servicios y tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios, cuando su negativa por parte de la EPS o entidades que se les asimilen ponga en riesgo o amenace la salud del usuario).
- ✓ Mediante Resolución No 001700 se ordenó el levantamiento de la medida de restricción de afiliación a catorce (14) EPS del régimen subsidiado en el país, como una de las medidas para facilitar la afiliación y el traslado de los usuarios que requieran este trámite, como medida de contención ante la propagación del Covid-19.
- ✓ Llamado a EPS, Hospitales, Clínicas, empresas que ofrecen planes complementarios y de medicina prepagada, al igual que a las Secretarías de Salud departamentales y municipales, para que acojan los lineamientos contemplados en la guía para la detección y manejo de casos frente a la presencia del Covid-19 en el país.
- ✓ La delegada para la Protección al Usuario en el ejercicio de sus funciones de inspección y vigilancia ha realizado seguimiento a 106 portales Web y 89 líneas telefónicas de las EPS y Entes Territoriales mediante seguimiento semanal, teniendo en cuenta los siguientes criterios:
 - Disponibilidad de la información general sobre Coronavirus, en su página web.
 - Publicación de la Red prestadora para la atención en su portal web.
 - Canales de radicación en la página disponibles para la formulación de PQRD y canales alternos, por ejemplo, aplicaciones para teléfonos inteligentes.
 - Publicación de horarios de atención por chat.
 - Acceso para personas en condición de discapacidad a los canales no presenciales de atención.
 - Atención efectiva en las líneas telefónicas dispuestas para el usuario
 - Garantía de disponibilidad de los canales no presenciales.

- ✓ Con el fin de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la Circular 005 de 2020 expedida por esta Superintendencia, se realizó estricto seguimiento a 1.437 PQRD sobre las cuales se generaron requerimientos a 23 EPS exigiendo solución de fondo a las PQRD.

Dentro de los resultados obtenidos se ha logrado que los vigilados amplíen la capacidad del personal para la atención de las líneas de orientación, reorganización el menú del IVR, fortalecimiento de canales alternos de atención como: *chatbot*, chat asistido por agente y WhatsApp, apertura de puntos presenciales de atención que fueron cerrados al inicio del aislamiento obligatorio, actualización y ampliación de información en portales web, entre otras estrategias.

- ✓ Mediante Circular 005 de 2020, se emitieron instrucciones a los vigilados para la atención de COVID-19, tomando como base los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, en lo relacionado con casos sospechosos, como es la toma de muestras, atención domiciliaria y seguimiento a éstos, así como lo correspondiente a casos confirmados.
- ✓ A través de esta circular igualmente se realiza seguimiento a la entrega de medicamentos de usuarios del sistema mayores a 70 años, conforme las previsiones impartidas por el Gobierno Nacional en el marco de la emergencia sanitaria. Así mismo, se efectúa seguimiento a los requerimientos que realizan a las EAPB y Entidades Territoriales, los usuarios a través de los diferentes mecanismos dispuestos por los vigilados, entre los que se encuentran líneas telefónicas, chat y página web.
- ✓ Recaudo de la cuota moderadora: Se precisa que las cuotas moderadoras o copagos, su definición y obligatoriedad está a cargo del regulador en este caso el Ministerio de Salud y Protección Social. Adicionalmente la Ley 1755 de 2015 (Estatutaria de Salud), establece que, en garantía a la prestación de los servicios de salud las situaciones administrativas no pueden impedir el acceso a los servicios de salud, sobre lo cual mediante Circular 13 de 2016, insta a los prestadores a garantizar el acceso a los servicios de salud y no podrá implementar estrategias de cierre de servicios de las instituciones prestadoras de servicios de salud, como mecanismo para exigir el pago de obligaciones a cargo de sus aseguradores y tampoco podrán imponer barreras de tipo administrativo que impida el acceso, so pena del inicio de las acciones a que haya lugar por parte de la Superintendencia.



- ✓ Tratamiento para enfermedades distintas a Covid-19: continúan abiertos los canales de la Entidad. Las EPS no pueden negar medicamentos.
- ✓ Con base en las Resoluciones 521 y 536 de 2020, emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales establecen las competencias de los actores del sistema para garantizar la prestación de los servicios de salud respecto de patologías diferentes a COVID-19, priorizando la población que presenta enfermedades crónicas, de alto costo, gestantes, entre otros, para manejo de atención domiciliaria a través de Equipos Multidisciplinarios en Salud-EMS, o medios electrónicos, atención presencial y entrega de medicamentos; esta Superintendencia estructura un proceso de IV fundamentado en paciente trazador, y de acuerdo a su resultado, desplegar las acciones requeridas en cada caso.
- ✓ Adicionalmente, dicho proceso prevé el seguimiento a la implementación de los EMS a cargo de las EAPB.
- ✓ Instrucción para vigilados para realizar su audiencia pública de rendición de cuentas, con vigencia 2019, a través de sus redes sociales o los canales virtuales que tengan disponible.
- ✓ Para garantizar el acceso a los servicios de salud de las personas con patologías de base crónicas, así como a las personas mayores de 70 años, la Superintendencia realiza acciones de inspección y vigilancia a las entidades responsables del aseguramiento en salud de sus afiliados con el fin de que se dé estricto cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución 521 de 2020, mediante la cual el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó los mecanismos para la atención ambulatoria de estos pacientes.
- ✓ Cuando se reciben PQRD que correspondan a pacientes con diagnóstico de cáncer u otra patología o servicio de carácter urgente, éstas son marcadas con riesgo de vida y, de esta manera, desde el Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud-SIS, de la Dirección de Atención al Usuario, se imparten instrucciones de inmediato cumplimiento a las entidades responsables del aseguramiento y seguimiento 7/24 para su solución, así mismo, se hace acompañamiento permanente al usuario hasta que se le preste el servicio que requiere.
- ✓ Desde la formulación de los lineamientos para la atención de la pandemia, se ha verificado la efectividad de los canales telefónicos y virtuales de atención implementados por las EPS, con el fin de generar alertas a los vigilados, y desarrollar las acciones de inspección y vigilancia. Para el

efecto se han fortalecido sus canales de atención no presenciales, a través de los cuales no sólo se reciben quejas, sino que también se brinda información al usuario, realizando las siguientes acciones:

- Se brinda apoyo a las jornadas de atención del Observatorio de Cáncer de Adultos y se mantiene permanente contacto con las demás asociaciones de pacientes, brindando capacitaciones en relaciones con sus derechos y deberes.
- Se cuenta con una línea gratuita nacional 018000513700, y una para Bogotá 4837000, con el fin de generar información a la ciudadanía y gestionar de manera más ágil, las PQRD que se formulen frente a la prestación de servicios de salud.
- A través de correos electrónicos masivos, y mensajería de texto, se remite de manera permanente información relacionada con el acceso a los servicios de salud y con la prevención del COVID-19.
- Se adelanta trabajo articulado con las asociaciones y organizaciones de usuarios en salud, para la gestión de casos de pacientes de especial protección constitucional.
- Se realizan y difunden piezas y videos informativos referentes a COVID-19 como se describe en la siguiente tabla:

Tabla 100. Difusión de información sobre el Covid-19

FECHA	CANAL VIRTUAL	TEMA	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	RESULTADO
25/03/2020	Correo Electrónico	Covid 19	Difusión de piezas informativas generadas por la Superintendencia Nacional de salud referentes al Covid-19	10.549 correos electrónicos
02/04/2020	Correo Electrónico	Covid 19	Difusión de piezas informativas generadas por la Superintendencia Nacional de salud referentes al Covid-19	10.753 correos electrónicos
08/04/2020	Correo Electrónico	Covid 19	Difusión de piezas informativas generadas por la Superintendencia Nacional de salud referentes al Covid-19	1.653 correos electrónicos
15/04/2020	Correo Electrónico	Covid 19	Difusión de piezas informativas generadas por la Superintendencia Nacional de salud referentes al Covid-19	10.753 correos electrónicos
22/04/2020	Correo Electrónico	Covid 19	Difusión de piezas informativas generadas por la Superintendencia Nacional de salud referentes al Covid-19	10.753 correos electrónicos
29/04/2020	Correo Electrónico	Covid 19	Difusión de piezas informativas generadas por la Superintendencia Nacional de salud referentes al Covid-19	10.753 correos electrónicos

FECHA	CANAL VIRTUAL	TEMA	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	RESULTADO
06/05/2020	Correo Electrónico	Covid 19	Difusión de piezas informativas generadas por la Superintendencia Nacional de salud referentes al Covid-19	10.753 correos electrónicos
13/05/2020	Correo Electrónico	Covid 19	Difusión de piezas informativas generadas por la Superintendencia Nacional de salud referentes al Covid-19	10.753 correos electrónicos
20/05/2020	Correo Electrónico	Covid 19	Difusión de piezas informativas generadas por la Superintendencia Nacional de salud referentes al Covid-19	10.753 correos electrónicos
27/05/2020	Correo Electrónico	Covid 19	Difusión de piezas informativas generadas por la Superintendencia Nacional de salud referentes al Covid-19	10.753 correos electrónicos
TOTAL				98.226

Fuente: Supersalud – Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario

- ✓ En virtud de las acciones de inspección y vigilancia, se han desarrollado visitas inspectivas a los centros de atención al ciudadano de las EAPB con el fin de verificar el componente Servicio de Información y Atención al Usuario–SIAU y a sus correspondientes dispensarios farmacéuticos, en atención a entre otras normativas, a lo dispuesto en la Resolución 521 de marzo de 2020.
- ✓ Expedición de la Circular Externa 008 y 009 de 2020, mediante las cuales se imparten instrucciones a EPS y entidades adaptadas de Salud, con el fin de realizar seguimiento a las fuentes y usos de los recursos percibidos para garantizar la integralidad de los servicios y tecnologías en salud prestadas a sus afiliados.
- ✓ En el marco de las funciones de inspección, vigilancia y control establecidas en el Decreto 2462 de 2013 y su modificatorio, viene realizando visita a IPS públicas y privadas del país, para verificar, entre otros, lo relacionado con la disponibilidad y entrega de EPP y pago de salarios y honorarios del personal vinculado a la entidad, así como los procesos de capacitación realizados al talento humano para el manejo de la pandemia COVID-19, al tenor de los lineamientos impartidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ✓ Realización de mesas técnicas de evaluación y seguimiento con las entidades territoriales, en lo relacionado con la ejecución del plan de acción departamental para la atención de la COVID-19, así como lo establecido en el Decreto 538 de 2020 y Resolución 521 de 2020.

- **Acciones de IV relacionadas con necesidades del sector y alertas desde la Supervisión de Riesgos**

- ✓ La emergencia sanitaria, por la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), ha generado la necesidad y el gran reto de implementar estrategias de flexibilización de la IV tendientes a identificar necesidades del sector, delinear las alertas correspondientes y, además, involucrar en la respuesta a todos los vigilados responsables directos según sus niveles de competencia, así entidades del orden nacional como el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud.
- ✓ Mediante Circular 0010 de 2020 se impartieron instrucciones y se establecieron requerimientos de información a direcciones departamentales y distritales, entidades promotoras de salud EPS, entidades adaptadas, regímenes especial y de excepción, y Administradoras de Riesgos Laborales-ARL, frente al diagnóstico en el marco de la pandemia por Covid-19.
- ✓ Así mismo, como complemento a las acciones de la SNS, durante la fase de **preparación** se emitió la Circular Externa 003/2020 del 10 de marzo de 2020, solicitando información con corte 20 de marzo de 2020 sobre la gestión de la atención de agentes nuevos, incrementos inusitados de casos correspondientes a eventos de interés en salud pública o emergencias en salud pública de importancia internacional, dando cuenta de lo realizado por parte de las ET-S y las EPS en la fase de preparación de la Pandemia mostrando riesgos en la gestión y operativización de la atención.
- ✓ Durante la fase **contención** se llevó a cabo un requerimiento de expansión de la estrategia de comunicación del riesgo EPS en respuesta a solicitud de la Defensoría del Pueblo; la evaluación de capacidades regionales, que se desarrolló al inicio de la fase de contención, y evaluó aspectos tales como disponibilidad de talento humano de vigilancia en salud pública para la atención de la pandemia, nivel de desarrollo de la ruta de atención para el COVID-19, y presupuesto disponible para dar respuesta a alertas y emergencias en salud pública, incluido el COVID-19; evaluación de sanidad portuaria en aeropuertos del país respecto a las capacidades de respuesta en procesos de vigilancia en salud pública y cumplimiento al Reglamento Sanitario Internacional 2005, visita de inspección a sanidad portuaria Aeropuerto El Dorado; evaluación de estado de pruebas diagnósticas y la capacidad para su realización por las Entidades Territoriales.



- ✓ Mediante auto de visita No 145 del 23 de abril de 2020, modificado mediante auto 153 del 7 de mayo de 2020 de la Superintendencia Nacional de Salud, se han realizado las siguientes visitas:
 - Tres (3) visitas a Corferias (28 de abril; 7 y 19 de 2020)
 - Dos (2) visitas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (28 abril 28 y 19 de mayo de 2020)
 - Una (1) visita a la Unidad de Servicios de Salud de San Blas (19 de mayo 2020)
 - Una (1) visita a la Unidad de Servicios de Salud de Santa Clara (19 de mayo de 2020)
 - Una (1) visita a la oficina administrativa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE (19 de mayo de 2020)

- ✓ Durante la fase de **mitigación** se han llevado a cabo acciones tendientes a garantizar el cumplimiento de la Resolución 521 de 2020, mediante un modelo articulado con la Delegada para la Protección al Usuario para la vigilancia, inspección y control de la prestación de servicio de atención en salud a población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, y actores responsables del SGSSS, mediante la realización de encuestas telefónicas y web para verificación de acciones reglamentadas a los grupos priorizados: atención, entrega de medicamentos completos y toma de muestra domiciliaria, que permita el despliegue de acciones según los resultados. Finalmente, la Dirección para la Supervisión de Riesgos de la SNS, en el marco de la pandemia ha realizado acompañamiento metodológico permanente mediante la generación de estrategias que permitan la toma de decisiones rápidas acordes a la evolución de la emergencia, tales como sala de crisis y la estrategia padrinos.

- **Articulación de grupos de alto nivel de competencia para inspección y acompañamiento regional organizado por departamento**
 - ✓ Definición de estrategia de Padrinos–Enlace–Grupo de apoyo.
 - ✓ Articulación de los enlaces en espacio de decisiones regionales
 - ✓ Estrategia de sistematización diaria de necesidades.
 - ✓ Construcción de documentos conceptuales de soporte para la toma de decisiones (análisis de lineamientos nacionales, revisión de propuesta de atención, revisión de propuestas de atención mayores de 70 años, revisión de estado del arte de pruebas rápidas).

- **Flexibilización de la Vigilancia e Inspección garantizando ejercicios rápidos y directos sin perder el rol de supervisor.** Redefinición de las

prioridades de supervisión enfocada en los siguientes elementos específicos:

- ✓ Solicitud de expansión de la estrategia de comunicación del riesgo EPS (solicitud defensoría).
- ✓ Evaluación de capacidades regionales.
- ✓ Evaluación de sanidad portuaria en aeropuertos.
- ✓ Visita de inspección a sanidad portuaria Aeropuerto El Dorado.
- ✓ Evaluación de estado de pruebas diagnósticas.
- ✓ Evaluación de activación de líneas de orientación EPS–ET.
- ✓ Monitoreo diario de operatividad de líneas de atención.

• **Desarrollo preferencial del control preventivo**

- ✓ Expedición de la Circular Externa 003, para impartir instrucciones sobre la gestión de la atención de agentes nuevos, incrementos inusitados de casos correspondientes a eventos de interés en salud pública o emergencias en salud pública de importancia internacional.
- ✓ Expedición de la Circular Externa 005, mediante la cual se imparten instrucciones y requerimientos de información en el marco de la pandemia.
- ✓ Se impartieron instrucciones a las gobernaciones de cada departamento, en lo relacionado con: (i) organización y articulación de la red prestadora de servicios de salud de su jurisdicción, (ii) Dar estricto cumplimiento al plan de acción para la prestación de los servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS CoV-2 (COVID-19), (iii) Garantizar la contratación del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas–PIC del departamento para subsidiar, concurrir y complementar los PIC de los municipios de su jurisdicción, (iv) garantizar el funcionamiento y operación del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres–CRUE y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de conformidad con la normatividad que lo regula y las disposiciones establecidas en el Decreto 538 de 2020, (v) verificar la calidad y la oportunidad en la toma, envío y entrega de resultados de las muestras de laboratorio para COVID-19, tal como se dispone en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, (vi) garantizar el adecuado funcionamiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica–SIVIGILA y los demás Sistemas de Información establecidos por el Gobierno Nacional para realizar seguimiento y monitoreo a la pandemia COVID-19.
- ✓ Comunicación Directa para gestión por alertas desde PQR.
- ✓ Construcción de escenarios de evolución para estimación de necesidades de servicios



- ✓ Definición de **la Ruta de vigilancia de la Supersalud del giro de los recursos que empezará a llegar a la red** (Hospitales y clínicas contarán con recursos adicionales por 2,1 billones de pesos para garantizar su liquidez financiera, anunció el Ministerio de Salud y Protección Social). Para el seguimiento a este aspecto, se parte de la información publicada por la ADRES, en lo relacionado con giros efectuados a los actores del sistema, se señala:
 - En lo relacionado con la Liquidación Mensual de Afiliados del Régimen Subsidiado, se evalúa el comportamiento del giro directo realizado a la fecha, con el fin de identificar su distribución y concentración en las IPS, tanto públicas como privadas, e identificar aquellos casos en los que eventualmente, para algunos prestadores se les ha reducido su flujo corriente y precisar sus causales de tal forma que en los casos no justificados se adopten las medidas pertinentes.
 - De manera general, con los recursos corrientes del sistema, más los adicionales anunciados por el Gobierno Nacional para agilizar el flujo de caja a las IPS, y tomando como referencia lo señalado en la Resolución 535 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, se procederá a requerir a las EPS para que informen la política de uso de estos recursos, con el propósito de realizar acciones de IV tendientes a garantizar, el pago de las prestaciones de servicios de salud derivados del evento COVID-19 como aquellas prestaciones financiadas y no financiadas con los recursos a cargo de la UPC.
 - Por último, una vez el Ministerio de Salud defina los parámetros que van a regir la compra de cartera anunciada, para agilizar el giro de recursos de cartera reconocida, se definirán las acciones de IV, tomando como elemento de evaluación la política de uso reportada por las EPS, en virtud del requerimiento señalado en el punto anterior.
- **Reducción eventual de requerimientos solicitados a los vigilados**
 - ✓ Expedición de la Circular Externa 004, con la cual se imparten instrucciones a las EPS e IPS frente al reporte de información que deben hacer a la Entidad, atendiendo la coyuntura ocasionada por la emergencia sanitaria por causa del Covid-19.
 - ✓ Expedición Circular Externa 006 de 2020, mediante la cual se imparten instrucciones adicionales a los vigilados frente al reporte de información que deben hacer a la Entidad, atendiendo la coyuntura ocasionada por la emergencia sanitaria, que atraviesa el país por causa del Covid-19.
 - ✓ Expedición de la Circular Externa 007 de 2020 Mediante la cual se requiere a las partes pasivas de los procesos de Cobro Coactivo, aportar las direcciones de correo electrónicos registrados en el RUT, para su notificación.



- ✓ Se exhortó a los vigilados en el marco del Decreto No 491 de 2020, artículo 4º a indicar la dirección de correo electrónico en la cual recibirán las notificaciones o comunicaciones, habilitando el correo correointernosns@supersalud.gov.co para suministrar la información y explicando adicionalmente los beneficios de la notificación electrónica previa autorización.
- ✓ Durante la declaratoria de emergencia la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación dentro del marco de sus competencias, emitió 729 sentencias que involucran tanto derechos económicos, como derechos relacionados con cobertura y acceso a servicios de salud de los usuarios del SGSSS.
- ✓ En el marco de la Función de Conciliación Extrajudicial en Derecho, y con el propósito de continuar con las funciones institucionales para la solución alternativa de los conflictos que se susciten entre los actores del sistema de salud se emitió el instructivo por medio del cual se adopta el procedimiento para la celebración de audiencias virtuales y en general los trámites conciliatorios con el uso de tecnologías de la información en el marco de la Emergencia Económica Social y Ecológica adoptada por el Decreto 417 de mayo de 2020. Por lo anterior, la gestión de la Función de Conciliación al implementar las audiencias virtuales, a partir de la contingencia sanitaria, suscribió a corte de 31 de mayo de 2020 un total de 51 acuerdos de conciliación por \$18.377.810.
- ✓ Expedición de la Circular Externa 0011 de 2020 para impartir las instrucciones para adelantar el proceso de conciliación y depuración de cuentas por cobrar y por pagar.

- **Utilización de modelos rápidos de captura y sistematización de información**

La Superintendencia Nacional de Salud, consciente del impacto que ha generado el COVID-19 en el quehacer de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha implementado mecanismos de seguimiento de fácil uso que no implique un mayor esfuerzo por parte de sus vigilados para su diligenciamiento, entre ellos se encuentra:

- ✓ Desarrollo de formularios de captura rápida a través de la aplicación GoogleDocs. (Circular Externa 005 de 2020).
- ✓ Contacto telefónico para realizar seguimiento a través de preguntas trazadoras.
- ✓ Retroalimentación de resultados de información solicitada vía telefónica con los referentes COVID-19 designados por las entidades vigiladas.
- ✓ Consolidación de información reportada mediante Circular Externa 003 de 2020.

- ✓ Consolidación semanal del reporte de información de Circular Externa 005 de 2020.

- **Ampliación de las capacidades regionales con participación directa de los referentes en las regiones**

- ✓ Desarrollo de proceso de comunicación directa e integrada entre regionales de la SNS.
- ✓ Desarrollo de proceso de comunicación directa e integrada con Secretarios de Salud.
- ✓ Sistematización diaria de necesidades.

- **Fortalecer las acciones a través de gremios**

- ✓ Comunicación permanente con los gremios del sector: ACEMI, Gestarsalud, Asocajas, ACESI, Fenalco, ANDI.

- **Seguimiento a vigilados que se encuentran en Medida de Vigilancia Especial**

- ✓ Empresas Administradoras de Planes de Beneficios–EAPB: Se implementó un mecanismo de monitoreo dirigido a las EAPB que se encuentran bajo medida especial, a través del cual los Contralores designados por la Supersalud, presentan informes semanales en los cuales plasman las gestiones y actividades implementadas por las EPS para garantizar la prestación del servicio de salud a los afiliados, en el marco de la pandemia por COVID-19, en dichos informes se valida lo siguiente:
 - La entidad cuenta con un plan para la implementación de acciones para la Prevención y Control de la IRA por COVID-19.
 - La EPS garantiza la Red de servicios de salud suficiente y verifica que las IPS contratadas posean la capacidad técnica y operativa requerida para la atención de casos de (COVID-19) en cada uno de los territorios donde posee afiliados.
 - La EPS tiene definidos los niveles de atención de las IPS donde, en condiciones ideales, deben tratarse los pacientes con (COVID-19) y evalúa la disponibilidad de éstos (capacidad para remisión primaria, secundaria y terciaria, incluida la capacidad para atención domiciliaria, urgencias y cuidados intensivos).
 - La entidad capacita a las redes de prestación de servicios en medidas de prevención y control de Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS) y adherencia a protocolos de manejo en IRA-IRAG-IRAGI.



- La EPS implementa acciones de divulgación de la información, educación y comunicación dirigida a sus afiliados, para el autocuidado en salud, el manejo inicial de la IRA en casa, los signos de alarma para consultar y sitios claves que dispongan para la atención, de acuerdo con la información que permanentemente suministre el Ministerio de Salud y Protección Social.
- La EPS dispone de una línea telefónica de atención exclusiva para COVID-19 en la cual brinde atención y orientación a sus afiliados en caso de presentar síntomas respiratorios, así como, las medidas a adoptar según los lineamientos dispuestos por el Ministerio de Salud y de Protección Social.
- La EAPB implementa las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con relación a sus procesos básicos de vigilancia en sus redes de servicios
- La EAPB garantiza la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegura las intervenciones individuales y familiares del caso.
- La EAPB cuenta con el personal entrenado para la toma de muestra y con el protocolo de remisión de esta al laboratorio de salud pública departamental o distrital.
- La EAPB garantiza la toma de la muestra a los contactos relacionados con el caso confirmado mínimo a los 7 días del inicio de la exposición con dicho caso.
- La EAPB estructura y mantiene actualizadas las bases de datos sobre los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia de acuerdo con los estándares de información establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- La EAPB analiza y utiliza la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual y colectiva de su población afiliada.
- La EAPB suministra la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción.
- La EAPB participa en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial.

De igual manera, se efectúa el seguimiento a la implementación de la Resolución 521 de 2020, “por medio de la cual se adoptó el procedimiento para la atención ambulatoria de población con aislamiento preventivo”, verificando los procesos de avance de cada una de las EAPB que se encuentran en medida de vigilancia especial en los siguientes procesos:

- Caracterización de la población.

- Conformación de los equipos multidisciplinarios concertados con la red de prestadores y con los territorios donde posee afiliados.
 - Los protocolos y procedimientos para el despacho de medicamentos a domicilio
 - Procesos y procedimientos virtuales de atención domiciliaria, seguimiento en domicilio, seguimiento telefónico, seguimiento virtual, tele apoyo, tele orientación en salud, autorización de medicamentos de manera virtual.
 - Verificación de la existencia de flujogramas de atención definidos para cada uno de los grupos establecidos por la Resolución 521 de 2020.
- ✓ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud–IPS. En el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria manifiesta mediante Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, junto con los agentes interventores y gerentes de las ESE con medida especial, la Supersalud adelanta un plan que contempla la ampliación de la capacidad de Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y camas de aislamiento. Actualmente estas instituciones cuentan con 137 UCI así:

Tabla 101. UCI

Departamento	Ciudad	ESE	UCI ACTUALES
Nariño	Tumaco	E.S.E Hospital San Andrés de Tumaco	0
La Guajira	Maicao	E.S.E Hospital San José de Maicao	10
Bolívar	Cartagena	E.S.E Hospital Universitario del Caribe	10
Sucre	Sincelejo	E.S.E Hospital Universitario de Sincelejo	7
Córdoba	Montería	E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería	6
Cesar	Chiriguana	E.S.E Hospital Regional San Andrés*	0
Córdoba	Cereté	E.S.E Hospital Sandiego de Cereté	0
Sucre	San Marcos	E.S.E. Hospital Regional de II Nivel San Marcos	0
Risaralda	Pereira	E.S.E Hospital Universitario San Jorge	22
Meta	Villavicencio	E.S.E Hospital Departamental de Villavicencio	22
Tolima	Ibagué	E.S.E Hospital Departamental Federico Lleras Acosta	43
Magdalena	Santa Marta	E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez Barreneche	17
TOTAL			137

Fuente: Supersalud

En una **primera fase** cada ESE realizó las adecuaciones internas con el fin de tener lista la infraestructura necesaria para abrir **190 camas de cuidado intensivo**, al respecto ésta Superintendencia realizó la solicitud al Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de que cada una de las ESE obtenga equipos biomédicos imprescindibles para poner en funcionamiento las UCI, principalmente ventiladores mecánicos, monitores de signos vitales, camas hospitalarias, equipos portátiles de rayos X y bombas de infusión.

Tabla 102. Primera fase

Departamento	Ciudad	ESE	FASE I
Nariño	Tumaco	E.S.E Hospital San Andrés de Tumaco	10
La Guajira	Maicao	E.S.E Hospital San José de Maicao	10
Bolívar	Cartagena	E.S.E Hospital Universitario del Caribe	16
Sucre	Sincelejo	E.S.E Hospital Universitario de Sincelejo	45
Córdoba	Montería	E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería	18
Cesar	Chiriguana	E.S.E Hospital Regional San Andrés	0
Córdoba	Cereté	E.S.E Hospital Sandiego de Cereté	8
Sucre	San Marcos	E.S.E. Hospital Regional de II Nivel San Marcos	0
Risaralda	Pereira	E.S.E Hospital Universitario San Jorge	11
Meta	Villavicencio	E.S.E Hospital Departamental de Villavicencio	32
Tolima	Ibagué	E.S.E Hospital Departamental Federico Lleras Acosta	40
TOTAL			190

Fuente: Supersalud

En una **segunda fase** que requiere inversión en infraestructura adicional más el equipamiento se tendrían otras **414 UCI** nuevas.

Tabla 103. Segunda fase

Departamento	Ciudad	ESE	FASE II
Nariño	Tumaco	E.S.E Hospital San Andrés de Tumaco	10
La Guajira	Maicao	E.S.E Hospital San José de Maicao	40
Bolívar	Cartagena	E.S.E Hospital Universitario del Caribe	36
Sucre	Sincelejo	E.S.E Hospital Universitario de Sincelejo	97
Córdoba	Montería	E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería	36
Cesar	Chiriguana	E.S.E Hospital Regional San Andrés	30
Córdoba	Cereté	E.S.E Hospital Sandiego de Cereté	19
Sucre	San Marcos	E.S.E. Hospital Regional de II Nivel San Marcos	10
Risaralda	Pereira	E.S.E Hospital Universitario San Jorge	11
Meta	Villavicencio	E.S.E Hospital Departamental de Villavicencio	30
Tolima	Ibagué	E.S.E Hospital Departamental Federico Lleras Acosta	36
Magdalena	Santa Marta	E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche	59
TOTAL			414

Fuente: Supersalud

Esta segunda fase, se encuentra apoyada en la presentación de proyectos por parte de cada Hospital bajo medida especial al Ministerio de Salud y Protección Social y a las respectivas Entidades Territoriales para infraestructura y dotación hospitalaria.

Por otra parte, se ha constituido una alianza con la Fundación ANDI y todas sus empresas asociadas quienes actuarán a través de la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, en la campaña **#UnidosSomosMasPaís** impulsada por la ANDI, la cual se trata de movilización de recursos en dinero o especie para

dotación de Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedios y Respiratorios, así como entrega de elementos de protección personal y aseo.

Con esta campaña a la fecha de la presente comunicación se ha gestionado una donación de la empresa Procter & Gamble en elementos de desinfección y recursos para elementos de protección personal por cuatrocientos millones de pesos (\$400.000.000) que están en proceso de compra.

Respecto a las **áreas de aislamiento** cada una de las ESE viene adecuando espacios adicionales que harán parte de la ruta de atención COVID 19 para pacientes que no requieren ventilación mecánica, así:

Tabla 104. Aislamiento

E.S.E.	Aislamiento
E.S.E Universitario del Caribe	108
E.S.E Hospital Regional San Andrés	0
E.S.E San Jerónimo de Montería	23
E.S.E San Diego de Cereté	10
E.S.E Hospital San José de Maicao	15
E.S.E Departamental de Villavicencio	77
E.S.E San Andrés de Tumaco	42
E.S.E Universitario San Jorge	21
E.S.E Universitario de Sincelejo	15
E.S.E. Hospital Regional de II Nivel de San Marcos	14
E.S.E Departamental Federico Lleras Acosta	43
E.S.E. Alejandro Próspero Reverend	20
E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche	30
Total	418

Fuente: Supersalud

Adicionalmente a las estrategias anteriormente descritas, con el fin de hacer seguimiento y monitoreo a las ESE con medida especial en las actividades realizadas durante la pandemia ocasionada por COVID 19, se ha implementado:

- Padrinazgo de cada entidad: Se designó un profesional para cada una de las ESE anteriormente señaladas quien realiza el acompañamiento en cuanto a normatividad, donaciones, gestión ante los respectivos entes territoriales, asesoría sobre normativa, etc.
- Seguimiento por parte de las firmas Contraloras en el tema específico de donaciones: Cada una de las firmas contraloras a través de un instrumento diseñado por consenso debe verificar que las donaciones realizadas por personas naturales y jurídicas lleguen efectivamente a las entidades y áreas requeridas.

Igualmente se instó a los Agentes Especiales y Gerentes de las ESE con medida especial para que gestionaran en su territorio otros recursos y donaciones, los cuales, para su reporte, se han dividido en los siguientes grupos:

- Elementos de Protección Personal: Son aquellos elementos para el personal de salud asistencial, administrativo, paciente y acompañante permanente, con el fin de prevenir el riesgo de contagio de COVID 19.
- Otros: Dentro de este grupo se encuentran rutas para el personal de los hospitales en zonas de difícil acceso o donde se han presentado inconvenientes para transportar el personal del hospital.
- Otros elementos médico-quirúrgicos: Son elementos utilizados en atención intrahospitalarias que no pertenecen a los elementos de protección personal.
- Otros equipos: Se refiere a otros equipos biomédicos que no estén dentro de los que entregará el Ministerio de Salud y Protección Social (ventiladores mecánicos, monitores de signos vitales, camas hospitalarias, equipos portátiles de rayos X y bombas de infusión).
- Otros aportes: Dentro de otros aportes se han recibido: manillas de identificación, provisión de agua en carrotaques y sistema de gases medicinales.
- Medicamentos: Medicamentos de uso intrahospitalario.

A continuación, se presenta una relación de las entidades cuyas donaciones que hasta el momento han llegado efectivamente a las ESE con medida especial:

Tabla 105. Entidades donantes

ESE	Entidad	Entidad Territorial
E.S.E. Hospital San José de Maicao	Carbones El Cerrejón	
E.S.E. Hospital Regional de II Nivel de San Marcos	Integra Ingeniería RDJ SAS P&G Fundación ANDI	
E.S.E. Hospital San Andrés de Tumaco	SENA Cámara de Comercio Comerciantes de Tumaco	Alcaldía de Tumaco
E.S.E. Hospital Sandiego de Cereté	P&G Fundación ANDI	Secretaría de Salud Departamental
E.S.E. Hospital Federico Lleras Acosta	Fundación Colombia Somos Todos	Gobernación del Tolima



ESE	Entidad	Entidad Territorial
E.S.E. Hospital Universitario San Jorge	Colmena Comercializadora La Bonanza Ltda. CRISALTEX S. A. Fundación Universitaria Autónoma de las Américas Universidad Libre Seccional Pereira Medicamentos Institucionales SAS	Secretaría de Salud Departamental
E.S.E Hospital Universitario del Caribe	Fundación Tenaris Caribe Fundación Construyamos Minerva Medical SAS	DADIS Gobernación de Bolívar
E.S.E Hospital Universitario del Caribe	Particulares (varios.) Laboratorio Abbott	Gobernación de Bolívar
E.S.E. Hospital de Villavicencio		Gobernación del Meta y Alcaldía de Villavicencio
E.S.E Hospital Regional San Andrés de Chiriguana	Drummond	Alcaldía Municipal

Fuente: Supersalud

6.3. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD–INS

El Instituto Nacional de Salud tiene asignado un papel protagónico en materia de salud pública, situación que ha tomado relevancia para la atención de la emergencia a causa de la COVID-19, en donde ha desplegado su gestión, a nivel institucional, con el análisis de pruebas, monitoreando la evolución del contagio, recuperación y mortalidad de la población, así como la asistencia técnica a los entes territoriales que desarrollan en su circunscripción, acciones de monitoreo y control.

6.3.1 Acciones misionales

A continuación, se relacionan las acciones más destacadas en materia de salud pública que se han estado desarrollando:

- **Acciones para el manejo del COVID-19**

- ✓ Operativo “Misión regreso a casa” procedentes de Wuhan–China: Elaboración de lineamientos y protocolos (incidente MRC-2020), apoyo en la coordinación, articulación y logística en el protocolo de bioseguridad para traslado de los repatriados, de manera conjunta entre el INS, la FAC, Cruz Roja y Ministerio de Salud, así como en acompañamiento en los protocolos de bioseguridad para la toma de muestras y actividades realizadas durante el aislamiento de los repatriados de Wuhan en la Villa Olímpica.
- ✓ Vigilancia del coronavirus (Covid-19) en Colombia: Elaboración de lineamientos, protocolos e instructivos para la vigilancia en salud pública e investigación epidemiológica. Administración del Sivigila para la notificación de información. Asistencia técnica en investigación de casos. Implementación y operación de sistemas de alerta temprana para identificar y monitorear los riesgos en salud pública conforme al Reglamento Sanitario Internacional, generando medidas de salud pública, comunicación del riesgo y demás precauciones sanitarias. Apoyo a las entidades territoriales para dar respuesta a la emergencia.
- ✓ Realización de 8 talleres teórico-prácticos de preparación para atención de la emergencia por COVID-19 en uso y retiro de Elementos de Protección

Tabla 106. Laboratorios adscritos a los LDSP (Res.1619), para realizar RT-PCR para SARS-CoV2

No	DPTO.	CIUDAD	NOMBRE	Capacidad Máx. declarada por día
1	ANTIOQUIA	Medellín	LDSP Antioquia	500
2		Medellín	SURA	1.400
3		Sabaneta	Instituto Colombiano Medicina Tropical ICMT	100
4		Medellín	Universidad Nacional sede Medellín Laboratorio <i>One Health</i>	300
5		Medellín	Universidad de Antioquia	150
6		Medellín	Universidad de Antioquia Laboratorio LIME	150
7		Medellín	Hospital Pablo Tobón	84
8		Medellín	Clínica SOMER Rionegro	100
9		Medellín	Laboratorio Las Américas	150
10		Medellín	Hospital Fundación San Vicente de Paul	48
11		Medellín	Laboratorio SYNLAB Colombia	600
12		Medellín	Corporación para Investigaciones Biológicas	100
13		Medellín	Laboratorio Echavarría	100
14		Medellín	Universidad Cooperativa de Colombia Sede Medellín	48
15		Medellín	Laboratorio ADILAB	470
16		Medellín	Laboratorio Médico de Referencia SAS	48
17		Medellín	Laboratorio UNIGEM	240
18	ARAUCA	Arauca	LDSP Arauca	64
19	ATLANTICO	Barranquilla	LDSP Atlántico	150
20		Barranquilla	Universidad Simón Bolívar	150
21		Barranquilla	Laboratorio Clínico Citalud	200
22		Barranquilla	Universidad del Atlántico	80
23		Barranquilla	Laboratorio Continental	470
24	BOGOTA D.C.	Bogotá D.C.	LSP Distrital	1.700
25			Universidad Rosario (Sede Quinta de Mutis)	1.100
26			Compensar calle 26	450
27			Compensar calle 63	1.156
28			Universidad de los Andes	1.100
29			Fundación Santa fe	48
30			Universidad del Bosque	200



No	DPTO.	CIUDAD	NOMBRE	Capacidad Máx. declarada por día
31			Laboratorio Molecular de Clínica Colsanitas Keralty	400
32			SURA	300
33			IDIME	400
34			Laboratorios COLCAN	1.692
35			Laboratorio Clínico e Inmunológico Lorena Vejarano	550
36			Laboratorio Dirección Sanidad Policía Nacional	192
37			Hospital Universitario San Ignacio	100
38			Analizar Laboratorio Clínico Automatizado S.A.S	600
39			Laboratorio Dirección Sanidad Ejército	180
40			Universidad Nacional-Laboratorio Micobacterias	80
41			Universidad Nacional-Laboratorio Max Planck	150
42			Universidad Nacional-Laboratorio Biotecnología IBUN	150
43			Instituto Nacional de Cancerología	72
44			Hospital Universitario Clínica San Rafael	94
45			Biotecgen Laboratorio Clínico	90
46			Fundación Cardio Infantil	188
47			laboratorio del Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud IDCBIS	200
48			Laboratorio Investigación Hormonal	96
49	BOLIVAR	Cartagena	Universidad de Cartagena Laboratorio UNIMOL	600
50		Cartagena	Universidad Sinú sede Cartagena	93
51	BOYACA	Tunja	LDSP Boyacá	60
52	CALDAS	Manizales	Universidad de Caldas	30
53	CAQUETA	Florencia	Hospital María Inmaculada	120
54	CAUCA	Popayán	Universidad del Cauca	40
55		Valledupar	LDSP Cesar	100
56	CESAR	Valledupar	Laboratorio Nancy Flórez	192
57		Valledupar	Laboratorio Cristiam Gram	200
58		Montería	Universidad de Córdoba	40
59	CORDOBA	Montería	Laboratorio IMAT Instituto médico de alta tecnología S.A.S.	40
60	CUNDINAMARCA	Mosquera	Agrosavia CI Tibaitatá	360



No	DPTO.	CIUDAD	NOMBRE	Capacidad Máx. declarada por día
61	HUILA	Neiva	LDSP Huila	192
62	MAGDALENA	Santa Marta	Universidad del Magdalena	50
63	META	Villavicencio	Agrosavia CI La Libertad	100
64		Villavicencio	Hospital Departamental de Villavicencio	100
65	NARIÑO	Pasto	LSP Nariño	100
66		Pasto	Hospital San Pedro	180
67		Pasto	Clínica Clinizad	188
68	NORTE DE SANTANDER	Cúcuta	Unidad Hematológica Especializada	110
69		Cúcuta	Universidad de Pamplona	30
70	RISARALDA	Pereira	Universidad Tecnológica de Pereira	270
71	SANTANDER	Bucaramanga	Universidad Industrial de Santander	96
72		Floridablanca	Laboratorio Higuera Escalante	100
73		Barrancabermeja	Laboratorio Clínico ECOPETROL	48
74		Piedecuesta	Fundación Cardiovascular de Colombia Zona Franca	90
75	SUCRE	Sincelejo	Universidad de Sucre	220
76	TOLIMA	Ibagué	LSP Tolima	40
77		Ibagué	Analicemos laboratorio Clínico Especializado	200
78	VALLE	Cali	LSP Valle del Cauca	160
79		Cali	Fundación Valle de Lili	200
80		Cali	Hospital Universitario del Valle "Evaristo García"	200
81		Cali	Imbanaco	48
82		Cali	Universidad del Valle	200
83		Cali	Hemato Oncólogo	30
84		Cali	Lab Christus Sinergia Salud -Clin Farallones	40
85		Cali	Asoclinic Caucaseco	200
86		Cali	Clínica de Occidente	20
87		Yumbo	Lab Servicio de Diagnóstico Médico SDM	60
88		Cali	Lab Confandi	15
			SubTotal	22.152
89	BOGOTÁ D.C.	Bogotá	Instituto Nacional de Salud	2.000
			TOTAL	24.152

- ✓ La red de laboratorios adjuntos para diagnóstico de Covid-19 procesó, con corte a junio 8 de 2020, un total de 923.714 muestras para Covid-19 ampliando así la capacidad de respuesta del país frente a la emergencia sanitaria por SARS-Cov2 (Covid2019) a nivel nacional; del total de muestras procesadas el 12,95%, es decir, 119.695 han sido realizadas por el Laboratorio Nacional de Referencia, de acuerdo a lo reportado en SisMuestras.
- ✓ Se implementó, con apoyo de otras Entidades Nacionales, un sistema de información para el registro de pacientes y resultados (Sismuestras) para recoger la información a nivel nacional de los laboratorios avalados por los Laboratorios de Salud Pública que hacen parte de la Red ampliada de diagnóstico en COVID-2019.
- ✓ Se formularon proyectos de investigación en el marco de la emergencia COVID: 1) Caracterización de casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) que requieren ingreso hospitalario o en unidades de cuidado crítico en Colombia, 2) Fortalecimiento de la capacidad instalada en CTel del Instituto Nacional de Salud, para la manipulación, caracterización, vigilancia e investigación de agentes biológicos de alto riesgo para la salud humana, en Bogotá y el territorio Nacional, Bogotá, 3) Seroprevalencia de SARS-CoV-2 durante la epidemia en Colombia: estudio país, 5) Análisis genómico de la introducción de SARS-CoV-2 en Colombia y estudio de la variabilidad de los genomas virales durante la pandemia, 5) Factores de Riesgo asociados a la transmisión de SARS-CoV-2 en trabajadores aeroportuarios en Bogotá 2020. Adicionalmente llevamos a cabo las validaciones de pruebas serológicas IgG/IgM anti SARS-CoV-2.
- ✓ El Comité Editorial de la revista Biomédica hizo pública una convocatoria en la que invita a la comunidad científica a enviar sus contribuciones originales sobre SARS-CoV-2 y COVID19 para que sean sometidas a publicación. Los manuscritos aceptados se empezaron a publicar en la página dentro del suplemento 2, infecciones respiratorias.
- ✓ Se diseñó el modelo matemático de pronóstico de diversos escenarios de transmisión del COVID-19 en Colombia, para informar la toma de decisiones sobre la pandemia desde antes del reporte del primer caso en el país, disponiendo la información de forma pública y el modelo: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/SiteAssets/Modelo%20COVID-19%20Colombia%20INS_v5.pdf y https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/SiteAssets/Código_modelo_simplificado.zip.

- ✓ Se dispuso información abierta sobre la evolución de la epidemia de COVID-19 para consulta y análisis por la comunidad en general en la página del INS <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx> y datos abiertos del gobierno, garantizando la transparencia en el seguimiento de la emergencia epidemiológica, con el diseño de visores para consulta más amigable.
- **Producción de insumos de interés en salud pública.** Para el periodo junio 2019 a mayo 2020, se produjeron los siguientes insumos:
 - ✓ Producción y suministro de 8.367 animales de laboratorio criados bajo condiciones macro ambientales controladas, los cuales son utilizados como biomodelos para la investigación biomédica, el diagnóstico de enfermedades de interés en salud pública y la realización de pruebas de control biológico.
 - ✓ Producción de 8.220,33 litros de medios de cultivo, aguas y soluciones, requeridos para el aislamiento e identificación de microorganismos en el diagnóstico microbiológico, los cuales son considerados como insumo básico en los procesos de control de calidad de biológicos, alimentos y medicamentos, así como, en proyectos de investigación y diagnóstico clínico que requieren su uso.
 - ✓ Suministro de 393,06 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.
 - ✓ Entrega al país de 40.934, viales de antiveneno, con el fin de atender la demanda generada en el país respecto de este biológico y, asimismo, permiten constituir un stock de soporte estratégico, que permita atender posibles fluctuaciones por incremento del accidente ofídico en el país.
- **Servicio de información en materia de salud pública y prestación de servicios**
 - ✓ Durante 2019 se implementó y evaluó el cumplimiento de los lineamientos del sistema de vigilancia basado en eventos predefinidos. Se actualizaron 47 protocolos de vigilancia.
 - ✓ Se inició la vigilancia de lesiones de consumo por SEAN y SSSN.
 - ✓ Las 37 entidades territoriales recibieron procesos de asistencia técnica con un enfoque mayor hacia dengue, infección respiratoria aguda, infecciones asociadas a la atención en salud, enfermedades inmunoprevenibles (en especial sarampión) y maternidad segura. También recibieron entrenamiento en análisis de casos especiales, gestión del riesgo y la operación del nuevo Sivigila 4.0.
 - ✓ La información ha sido utilizada en el mecanismo del sistema de alerta temprana que funciona en el Centro de Operaciones de Emergencia (COE),

se analizó trimestralmente entre 5.063 y 6.066 alertas (21.693 en total, con un promedio semanal de 464 situaciones), con 63 salas de análisis del riesgo y 25 desplazamientos a terreno de ERI nacionales, con rotaciones en los casos de sarampión, dengue e IAAS.

- ✓ El proceso de gestión del riesgo ha sido transferido a 11 entidades territoriales, con prioridad a los departamentos de frontera. Este proceso ha sido reconocido por diferentes agencias y está en proceso de convertirse en Centro Colaborador de la OPS en el tema. Este funcionamiento ha permitido mantener, entre otros componentes, la certificación de la eliminación del sarampión en el país.
- ✓ El INS durante 2019 integró el informe de retroalimentación de la vigilancia con el nivel de preparación y respuesta de las entidades territoriales, reconociendo el rol en estas capacidades que tiene el laboratorio de salud pública. Este proceso permitió identificar el estado de las capacidades de estas entidades territoriales, que fortalecerá sus procesos de mejoramiento a futuro.
- ✓ En conceptos toxicológicos, se han realizado 299 dictámenes, 111 conceptos y 85 modificaciones; la oportunidad está en promedio de 32 días, con una tasa de rechazo de 0,5% en promedio (leído como 0% para I semestre y 1% para II semestre). Fueron recibidas 1.157 solicitudes, fueron analizadas 1.075 y fueron modificados 85 conceptos.
- ✓ El grupo de Evaluación del Riesgo en Inocuidad de Alimentos produjo 22 evaluaciones, por solicitud de 6 instancias diferentes. Estas evaluaciones han sido socializadas en 6 eventos regionales, con asistencia de 300 personas de instituciones académicas de los sectores de salud y agricultura, los gremios productivos y de los organismos del nivel nacional. El grupo ha mantenido su participación en las reuniones del Codex Alimentario y apoyo la versión final del Manual Técnico Andino para el registro de plaguicidas.
- ✓ Desarrollo 24 Programas directos y 7 Programas indirectos en más de 30 eventos de interés en salud pública para fortalecer la calidad de los Laboratorios de Salud Pública.
- ✓ Durante el periodo comprendido entre junio de 2019 y mayo de 2020, el Laboratorio Nacional de Referencia del INS, realizó 95.914 ensayos orientados al diagnóstico y/o confirmación de los eventos sujetos a vigilancia y control sanitario

- **Acciones como ente regulador de trasplantes de órganos y los bancos de sangre.**

Trasplantes. Durante 2019, se realizaron 1.302 trasplantes de órganos, 10% más procedimientos que el total de trasplantes realizados durante el 2018 (1.184). En 2019, este número de trasplantes representa una tasa de trasplante de órganos de 26,3 p.m.p. (por millón de población).

Con corte a 30 de junio de 2020 se ha realizado en el país 385 trasplantes. Entre enero a junio de 2020 se ha presentado una disminución del 37% en el número de donantes reales del protocolo de muerte encefálica, actividad que se ha visto impactada como consecuencia de la declaratoria de pandemia por COVID-19.

Tabla 107. Número de pacientes trasplantados, Colombia 2019

Coordinación regional / Trasplantes	Trasplante renal			Trasplante cardiaco	Trasplante Hepático			Trasplante pulmonar	Trasplante Intestino	Trasplantes combinados	
	Fallecido	Vivo	Total		Fallecido	Vivo	Total			Riñón - hígado	Riñón - páncreas
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (Regional 1)	70	27	97	4	16	23	39	1	0	0	0
Secretaría Seccional de Salud de Antioquia (Regional 2)	51	6	57	8	20	5	25	3	0	0	3
Secretaría Departamental de Salud del Valle (Regional 3)	44	15	59	14	14	5	19	4	0	2	0
Secretaría Departamental de Salud de Santander (Regional 4)	20	0	20	7	3	0	3	0	0	0	0
Secretaría Departamental de Salud del Atlántico (Regional 5)	12	6	18	0	0	0	0	2	0	0	0
Secretaría Departamental de Salud del Huila (Regional 6)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	197	54	251	33	53	33	86	10	0	2	3

Fuente: RedDataINS©

Con respecto a lista de espera a diciembre de 2019, se encontraban 3.038 pacientes en espera de un trasplante de órganos, un 9% más que para el mismo corte de 2018 siguientes tablas). Con corte al 30 de junio de 2020, en lista se encontraban 2.908 pacientes en espera.

Tabla 108. Lista de espera 2018-2019

ÓRGANO / AÑO	2018	2019	% Cambio
Riñón	2.576	2.822	10%
Corazón	22	21	-5%
Hígado	138	130	-6%
Pulmón	32	37	16%
Intestino	1	1	0%
Páncreas	3	3	0%
Riñón-corazón	0	1	100%
Riñón-hígado	2	9	350%
Riñón-hígado-páncreas	0	0	-
Riñón-páncreas	4	14	250%
Total	2.778	3.038	9%

Fuente: INS

Tabla 109. Lista de espera, junio 2019

ÓRGANO / AÑO	2019	Porcentaje
Riñón	2.656	91,3%
Corazón	157	5,4%
Hígado	25	0,9%
Pulmón	43	1,5%
Intestino	1	0,0%
Páncreas	3	0,1%
Riñón-corazón	0	0,0%
Riñón-hígado	9	0,3%
Riñón-hígado-páncreas	0	0,0%
Riñón-páncreas	14	0,5%
Total	2.908	100,0%

Fuente: INS

En el caso de tejidos oculares, para este corte de junio de 2020, se encontraban 1.272 pacientes en espera de un tejido (córnea, esclera, membrana amniótica).

Durante el año 2019 hubo 417 donantes reales, 5% más que en 2018 (398). Esto representó una tasa de donación de 8.4 por millón de población p.m.p. Con corte a 30 de junio de 2020 hubo en el país un total de 108 donantes reales. Entre enero a junio de 2020 se ha presentado una disminución del 48% en el número de donantes reales del protocolo de muerte encefálica, actividad que se ha visto impactada como consecuencia de la declaratoria de pandemia por COVID-19.

Como parte de las acciones de atención a pandemia por COVID-19, desde su inicio y hasta el 30 de junio de han expedido dos versiones de un documento nacional de Lineamientos para la Red de Donación y Trasplantes con respecto a infección por virus SARS CoV-2 (Covid-19).

Bancos de Sangre

- ✓ Incremento en la donación voluntaria y repetida, pasando de 19,5% en 2015 a 32,9% en 2019.
- ✓ 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.

Tabla 110. Bancos de sangre

Indicadores	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 1 trim
Incineración de glóbulos rojos	4,3%	1,9%	3,7%	3,3%	2,9%	2,1%	1%*
Tasa positividad VIH por cien mil donaciones	73,2	68	57,9	35,3	32,5	31,6	1,6
Donación Voluntaria habitual	19,6%	21,5%	21,5%	22,2%	30,0%	32,8%	27,4%

Fuente: INS

- **Acciones de investigación en Salud Pública**

- ✓ Se determinaron las secuencias de 7 genomas del virus del Zika, obtenido de muestras de proyecto VEZ, y se publicaron en la base de datos del NCBI
- ✓ Se caracterizó la resistencia a piretroides y DDT en *An. albimanus*, *An. nuneztovari s.l.* y *An. darlingi*, principales vectores de malaria en Colombia;
- ✓ Se determinaron las dosis discriminantes para la evaluación de la resistencia a insecticida en vectores de malaria, insumo para la elaboración de documentos técnicos de la OMS;
- ✓ Otorgación de Patente de Invención para la creación titulada: "Proceso para la purificación de anticuerpos policlonales IgG e IgY anti-Giardia empleando las proteínas recombinantes Kinesina 3, CWP1 y/o Alfa Giardina 7.3 de Giardina y método para la detección y diagnóstico in vitro de Giardina"
- ✓ Se logró establecer el tiempo de respuesta de cardiomiocitos ventriculares a diferentes concentraciones y tiempo de Doxorubicina y se midieron las concentraciones de ATP y especies reactivas de oxígeno.
- ✓ Publicación de secuencias genómicas del SARS-CoV-2 en pacientes colombianos en base de datos.

6.3.2 Acciones transversales y de mejoramiento

- **Acciones de mejoramiento de calidad**

- ✓ Se mantuvo la acreditación de los 9 ensayos en versión Norma NTC ISO/IEC 17025/2005
- ✓ Se logró la transición de la Norma NTC ISO/IEC 17025/2005 a la Norma NTC ISO/IEC 17025/2017 y se demostró la implementación, mantenimiento y conformidad de los requisitos establecidos en el contexto de la norma para el sistema, de los 9 ensayos acreditados y 8 ensayos en ampliación de alcance.
- ✓ Renovó la acreditación como proveedor de ensayo de aptitud bajo el esquema de la ISO 17043 versión 2010 para el Programa PICCAP con alcance para dos parámetros microbiológicos.
- ✓ Se garantizó la comparabilidad internacional en los resultados de ensayo de laboratorio posicionando al Laboratorio Nacional de Referencia, a través de la participación en este periodo en 14 ensayos de aptitud.
- ✓ Mantenimiento de la Certificación de Calidad ISO 9000, versión 2015, auditoría realizada por SGS, con ninguna No conformidad por 2 años consecutivos.

- **Publicaciones realizadas**

- ✓ Se elaboraron y terminaron 35 documentos que incluyen análisis epidemiológicos, guías, artículos, boletines, informes técnicos y manuales que dan cumplimiento a lineamientos, políticas y programas en salud pública para el adecuado funcionamiento de las redes de laboratorios.
- ✓ Informe técnico especial “Acceso a Servicios de Salud en Colombia”, análisis retrospectivo del acceso a servicios de salud centrado en la construcción de un índice municipal de acceso a servicios y en el análisis de mortalidad evitable por acción de los servicios como indicador de acceso efectivo. Se incluyeron temas específicos como el análisis de acceso a servicios de salud mental, salud bucal y salud sexual y reproductiva, entre otros, se puede consultar en la página web <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones>. Dicho informe fue enviado, según el compromiso de Ley, a las comisiones séptimas del Congreso de la República.
- ✓ El grupo de Factores de Riesgo del Ambiente mantuvo por segundo año la edición del Boletín Clima y Salud, en conjunto con IDEAM. El grupo ha realizado el seguimiento a 4 situaciones de emergencia (Hidroituango, temporada seca, temporada invernal y excedencia de contaminantes criterio en aire) y 5 documentos técnicos por elemento (aire, agua, residuos, bosques y ENSO). Adicionalmente, la información de clima se ha integrado en el modelo Ewars para dengue y temperatura/precipitación para eventos en salud seleccionados.

- **Sistemas de información**

- ✓ Sistemas de Información: Se continuó con el desarrollo evolutivo del sistema de información de Trasplantes REDDATA, SIHEVI, PEED, Sistema para la gestión de riesgos, sistema de costos-Inventarios, sistema de planes de mejoramiento SIGEM. Se desarrolló un sistema de información para digitalizar toda la información sobre las operaciones de confirmación metrológica (OCM) de los equipos de laboratorio del INS.
- ✓ En el año 2019, se desarrollaron dos herramientas tecnológicas, el “Visor de Indicadores en Salud Pública” el cual facilita el acercamiento a los indicadores en salud pública a la comunidad en general de manera clara, de fácil consulta y sin trámites administrativos y el “Predictor Salud” el cual permite entender los patrones de comportamiento y predecir eventos en salud pública, el desarrollo de estas tecnologías de la información permiten disponer y garantizar el acceso de la información en salud a la población colombiana.

- ✓ Bancos de sangre y servicios de transfusión de la Red Nacional país– Integración de la información disponible en SIVIGILA para mejorar la selección de donantes de sangre a nivel nacional.
- ✓ El sistema de información Sivigila en su versión 2018-2020, se mantuvo estable y en operación, esto permitió el desarrollo simultaneo de Sivigila 4.0 que tiene 4 fases, de las cuales 2 iniciaron su operación durante 2020: arquitectura e inteligencia de negocios. El proyecto de software obtuvo el premio Ingenio 2019 en la categoría salud.
- ✓ El sistema de información ha sido adaptado para captar de mejor manera el fenómeno migratorio, identificando el aumento mediano de eventos de interés en salud pública provenientes del exterior. La mediana de eventos en 2018 fue de 122 casos y en 2019 de 202.

- **Acciones de fortalecimiento del talento humano para la vigilancia en salud pública**

- ✓ El programa de epidemiología de campo en su nivel avanzado graduó su cohorte XXV (2017-2019) con 7 profesionales, y mantiene las cohortes XXVI (2018-2020) y la XXVII (2019-2021), con 28 profesionales en entrenamiento.
- ✓ En el nivel intermedio, formó a 44 profesionales con énfasis en investigación de brotes y gestión del riesgo, procedentes de 11 departamentos y 5 países. En el marco de este nivel fue desarrollado el simulacro de influenza aviar con el apoyo de OPS/OMS.
- ✓ En el nivel *frontline*, se realizaron 14 cohortes, con 258 funcionarios formados y 8 grupos de tutores, para un total de 135 tutores. Este nivel *frontline* se adaptó para mejorar la vigilancia nutricional en el marco del convenio con ICBF y el “Plan Ni 1 +” en los departamentos de La Guajira, Chocó y Vichada. Así mismo se realizaron dos cursos para fortalecimiento de competencias en investigación de brotes a países de Centro América con la participación de 40 personas.

A la par el programa realiza las siguientes actividades para mejorar la operación:

- ✓ Gestión de la prueba piloto del nuevo nivel intermedio, estándar CDC/Tepinet, de formación en epidemiología de campo, que luego de su prueba piloto será sometido al proceso de acreditación, como actualmente lo tiene el nivel avanzado.
- ✓ Documentación de los estándares para el registro calificado de un posible programa de posgrado en epidemiología de campo, como parte de los procesos en la constitución del INS como institución docencia servicio.
- ✓ Revisión del estado actual de los procesos de certificación de competencias laborales, para cumplir estándares (ISO 17024) que le permitan al INS convertirse en organismo certificador.

- ✓ Desarrollo y modernización del aula virtual institucional, con actualización y carga de 9 cursos.

6.3.3 Ejecución Presupuestal

En cuanto a la ejecución presupuestal, se tienen los siguientes aspectos relevantes:

Tabla 111. Vigencia 2019

NOMBRE DE LOS PROYECTOS	APR. INICIAL	APR. INICIAL	APR BLOQUEADA	APR. DISPONIBLE	APR. DISPONIBLE	% Bloqueo
Fortalecimiento construcción, adecuación y mantenimiento de infraestructura física del instituto nacional de salud nacional	1.805.688.000		-	1.805.688.000		
		2.083.788.000			2.083.788.000	0,0
	278.100.000		-	278.100.000		
Fortalecimiento institucional en tecnologías de información y comunicaciones nacional	1.960.000.000	1.960.000.000	53.638.600	1.906.361.400	1.906.361.400	2,7
Fortalecimiento de la vigilancia, detección, valoración y respuesta ante riesgos, eventos, emergencias y epidemias en salud pública a nivel nacional	4.412.475.000		164.471.635	4.248.003.365		
		5.100.000.000			4.935.528.365	3,2
	687.525.000		-	687.525.000		
Fortalecimiento de la capacidad institucional en la provisión de bienes y servicios de interés para la salud pública nacional	1.677.628.190		15.921.358	1.661.706.832		
	846.745.000		-	846.745.000		
		2.666.428.190			2.650.506.832	0,6
	142.055.000		-	142.055.000		
Renovación tecnológica de los laboratorios del INS nacional	2.210.000.000		202.186.790	2.007.813.210		
		4.000.808.000			3.798.621.210	5,1
	1.790.808.000		-	1.790.808.000		
Fortalecimiento de la capacidad resolutive del laboratorio nacional de referencia y redes de laboratorios de salud pública. Nacional	3.863.978.924		353.504.749	3.510.474.175		
	2.265.318.623		-	2.265.318.623		
		6.438.297.547			6.084.792.798	5,5
	109.000.000		-	109.000.000		
	200.000.000		-	200.000.000		

NOMBRE DE LOS PROYECTOS	APR. INICIAL	APR. INICIAL	APR BLOQUEADA	APR. DISPONIBLE	APR. DISPONIBLE	% Bloqueo
Mejoramiento de la situación nutricional de la población a nivel nacional	337.384.000	410.000.000	19.016.903	318.367.097	390.983.097	4,6
	72.616.000		-	72.616.000		
Fortalecimiento del análisis de información en salud para la toma de decisiones en el ámbito nacional	736.444.809	860.044.809	12.876.536	723.568.273	847.168.273	1,5
	123.600.000		-	123.600.000		
Fortalecimiento de la coordinación de las redes de bancos de sangre y de donación y trasplantes nacional	1.327.212.000	1.636.212.000	93.028.724	1.234.183.276	1.543.183.276	5,7
	309.000.000		-	309.000.000		
Investigación en salud pública y biomedicina nacional	1.838.640.000	2.160.000.000	92.354.705	1.746.285.295	2.067.645.295	4,3
	121.460.000		-	121.460.000		
	199.900.000		-	199.900.000		
	27.315.578.546		1.007.000.000	26.308.578.546	26.308.578.546	
		Bloqueo equivale al	3,69			

Fuente: INS

- Es importante destacar que inicialmente se contaba con una apropiación bloqueada de casi el 50%, sin embargo, dicha restricción a nivel de SIIF, fue levantada y al finalizar el año el bloqueo correspondió 3,69% sobre todo el presupuesto de la entidad.

Para el año en mención la ejecución presupuestal por dependencia fue la siguiente:

Tabla 112. Ejecución

RUBRO	APROPIACIÓN	EJECUCION
FUNCIONAMIENTO	36.130.503.969,00	34.517.844.705,15
Gastos de personal	32.480.459.897,00	32.267.898.445,00
Gastos generales	2.063.544.072,00	1.667.025.863,95
Otras transferencias	873.830.000,00	76.314.144,20
Transferencias corrientes	712.670.000,00	506.606.252,00
INVERSIÓN	26.308.578.546,00	23.348.309.388,04
Construcción	2.083.788.000,00	2.063.929.114,01
Producción	2.650.506.832,00	2.330.329.029,01
Renovación tecnológica	3.798.621.210,00	3.565.521.826,14
Sistemas	1.906.361.400,00	1.335.448.898,55
Vigilancia	4.935.528.365,00	4.381.592.893,15
Observatorio	847.168.273,00	727.398.208,22
Investigación	2.067.645.295,00	1.894.587.096,93
Nutrición	390.983.097,00	344.785.592,65
Red nacional de laboratorios	6.084.792.798,00	5.333.059.229,38
Bancos de sangre y trasplantes	1.543.183.276,00	1.371.657.500,00
TOTAL	62.439.082.515,00	57.866.154.093,19

Fuente: Oficina Asesora de Planeación INS. La ejecución general del INS para la vigencia 2019 de un 92% y contó con una apropiación bloqueada por \$2.034.143.000

Tabla 113. Vigencia 2020

CONCEPTO	APROPIACIÓN VIGENTE	TOTAL CDP SOLICITADOS	% B/A	COMPROMISOS	% C/A
FUNCIONAMIENTO	46.929.612.072	15.264.176.880	32,5%	13.027.632.460	27,8%
Gastos de personal	32.695.613.000	9.646.262.303	29,5%	9.641.379.503	29,5%
Gastos generales	12.599.901.072	5.155.618.003	40,9%	2.923.956.383	23,2%
Otras transferencias	900.045.000	37.663.174	4,2%	37.663.174	4,2%
Transferencias corrientes	734.053.000	424.633.400	57,8%	424.633.400	57,8%
INVERSIÓN	30.622.918.597	20.341.845.651	66,4%	15.449.874.254	50,5%
Salud pública y prest. Serv.	25.622.918.597	17.201.597.676	67,1%	14.125.764.250	55,1%
Fortalec. de la gestión	5.000.000.000	3.140.247.975	62,8%	1.324.110.004	26,5%
TOTAL	77.552.530.669	35.606.022.531	45,9%	28.477.506.714	36,7%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación-INS

6.4. INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS– INVIMA

6.4.1 Fortalecimiento de la Inspección, Vigilancia y Control (IVC) sanitaria con enfoque de riesgo

En el marco de la Resolución 1229 de 2013 del Ministerio de Salud, 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. Al comparar los niveles de riesgos de los periodos de diciembre de 2018 y 2019 (un año), 36 establecimientos mejoraron su estatus sanitario.
- ✓ A diciembre 31 de 2019, el censo de establecimientos vigilados corresponde a 15.812, de los cuales el 16,1% establecimientos con riesgo alto, el 66,8% con moderado y el 17,1% con bajo. Adicionalmente, se tienen 5 establecimientos en riesgo muy alto.

Tabla 114. Establecimientos por nivel de riesgo a 31 de diciembre de 2019

Tipo de establecimiento	Nivel de riesgo								Total No.
	MUY ALTO		ALTO		MODERADO		BAJO		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
1. Alimentos	-	0,0%	1.867	23,0%	6.244	77,0%	2	0,0%	8.113
2. Plantas de beneficio	-	0,0%	76	14,1%	461	85,4%	3	0,6%	540
3. Medicamentos	1	0,1%	109	11,8%	662	71,6%	152	16,5%	924
4. Bancos de Sangre	-	0,0%	7	8,5%	71	86,6%	4	4,9%	82
5. Investigación clínica	-	0,0%	14	11,7%	88	73,3%	18	15,0%	120
6. Dispositivos médicos	3	0,1%	284	8,7%	1.291	39,7%	1.670	51,4%	3.248
7. Bancos de tejido	1	4,5%	7	31,8%	12	54,5%	2	9,1%	22
8. Cosméticos	-	0,0%	160	5,9%	1.722	63,1%	845	31,0%	2.727

Tipo de establecimiento	Nivel de riesgo								Total No.
	MUY ALTO		ALTO		MODERADO		BAJO		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
9. Bancos de gametos	-	0,0%	20	55,6%	16	44,4%	-	0,0%	36
Total	5	0,0%	2.544	16,1%	10.567	66,8%	2.696	17,1%	15.812

Fuente: Grupo Unidad de Riesgo-Oficina Asesora de Planeación. INVIMA

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 al presentarse denuncias contra el producto o establecimiento, peticiones del interesado, resultados rechazados de análisis de laboratorio, toma de muestras, solicitudes de otras entidades, enfermedades transmitidas por alimentos, y alertas sanitarias. Entre el 2019 y 2020 se han realizado las siguientes visitas de inspección.

Tabla 115. Visitas de IVC, según producto

Vigencia 2019 (Junio-diciembre)			Vigencia 2020 (a abril)		
Producto	Visitas	%	Producto	Visitas	%
Alimentos	6.793	77%	Alimentos	2.583	77%
Plantas de beneficio animal	532	6%	Plantas de beneficio animal	309	9%
Medicamentos	529	6%	Medicamentos	229	7%
Dispositivos médicos	545	6%	Dispositivos médicos	141	4%
Cosméticos	371	4%	Cosméticos	95	3%
Bancos de sangre	38	0%	Bancos de sangre	15	0%
Total	8.808	100%	Total	3.372	100%

Fuente: Plan Operativo Anual-INVIMA.

Como resultado de las visitas de IVC se aplicaron en el período junio del 2019 a diciembre 2019, 1.232 medidas sanitarias, principalmente congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos. En 2020 con corte a 30 de abril, se han aplicado 471 medidas a productos y establecimientos de competencia del Instituto para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población.

Las acciones de IVC tienen un carácter interinstitucional y demandan la participación coordinada de otras entidades; en este sentido, con el fin de proteger de manera efectiva la salud de la población, se ha dado continuidad al

desarrollo de las actividades de articulación y coordinación con las Entidades Territoriales de Salud, especialmente para la aplicación de la Circular 046 de 2014.

6.4.2 Implementación del Decreto 1500 de 2007, Decreto 1975 de 2019 y sus resoluciones reglamentarias




La carne y sus derivados se encuentran dentro de los alimentos considerados de mayor riesgo, por lo cual garantizar su calidad y seguridad es esencial. Es así como con el objeto de proteger la salud de la población, garantizando el suministro de productos inocuos, desde 2016 se avanza hacia un sector cárnico con mejores condiciones sanitarias, fortaleciendo el estatus sanitario nacional, y contando con estrategias relativas a la inocuidad de los alimentos con un adecuado nivel de confianza a lo largo de la cadena productiva, con un enfoque de riesgo.



Estas acciones además han contribuido con la competitividad del sector ganadero en Colombia en lo relacionado a la apertura de nuevos mercados de exportación de carne, mercados más exigentes y de mayor demanda en el mundo.

Así mismo, el Invima ha continuado con la orientación técnica en referencia a los requisitos sanitarios establecidos en el Decreto 1500 de 2007, en las oficinas del Invima a nivel nacional o en los Grupos de Trabajo Territorial (GTT) o realizando visitas a los establecimientos, contribuyendo a que el ciudadano conozca las actualizaciones normativas e identifique la necesidad de implementar sistemas de inocuidad y calidad para los alimentos.

En tal sentido a continuación se muestra la gestión realizada desde el 1º de junio de 2019 hasta el 31 de mayo de 2020.

Tabla 116. Resultados implementación de Decreto 1500 de 2007 y Decreto 1975 de 2019

INDICADOR		2019 1 junio al 31 diciembre	2020 (a mayo) Decreto 1975 de 2019	
Plantas de Beneficio Autorizados, plantas de desposte, desprese y acondicionadores autorizados- Decreto 1500		151	158	↑
Total de cierres por incumplimiento de nueva normatividad sanitaria		290	320	↑
Número de inspectores INVIMA en mataderos		215	250	↑

INDICADOR		2019 1 junio al 31 diciembre	2020 (a mayo) Decreto 1975 de 2019	
Número de países donde se puede exportar carne colombiana		22	23	

Fuente: Dirección de Alimentos y Bebidas-INVIMA

De otra parte, en el marco de la Resolución INVIMA 2016041871 del 7 de octubre de 2016⁶¹ se diseñaron documentos e instrumentos técnicos bajo Decreto 1500 de 2007 para ser aplicados por las Entidades Territoriales de Salud.

Así mismo, en octubre de 2019 se expide el Decreto 1975 de 2019 “Por el cual se adoptan medidas en salud pública en relación con las plantas de beneficio animal, de desposte y de desprese y se dictan otras disposiciones”

Tiene las siguientes premisas:

- ✓ Garantizar el abastecimiento de la carne en condiciones de inocuidad.
- ✓ Permitir a las plantas de beneficio seguir funcionando bajo las condiciones sanitarias óptimas.
- ✓ No afectar a aquellas plantas de beneficio, desposte y desprese que se encuentran en implementación del PGC.

En el cual se describen aspectos como:

- ✓ Modifica artículo 65 del Decreto 1500 de 2007, donde se ajusta el concepto pendiente que deberían tener los expendio, almacenamiento y transporte de carne y productos cárnicos comestibles. Bajo los lineamientos que establecerá el INVIMA se adopta el Concepto Favorable con Requerimientos.
- ✓ Modifica artículo 12 del Decreto 2270 de 2012–Plantas de beneficio animal categoría de autoconsumo, donde el número de animales a beneficiar será establecido por el INVIMA y podrá distribuir carne a otro u otros municipios, previa verificación de condiciones sanitarias y población a abastecer.
- ✓ Concepto sanitario para autorizar el funcionamiento de los establecimientos que obtuvieron autorización sanitaria provisional durante el lapso de 24 meses a partir de la publicación de los Lineamientos.

⁶¹ “Por la cual se establecen los lineamientos para obtener Autorización Sanitaria Provisional por parte de los establecimientos que realizan actividades de almacenamientos y expendio de carne y/o productos cárnicos comestibles, así como la Inscripción, Inspección, Vigilancia y Control del transporte de carne y/o productos cárnicos comestibles”.

- ✓ Reclasificación de Plantas de Beneficio Animal de Plantas Nacionales a Autoconsumo.

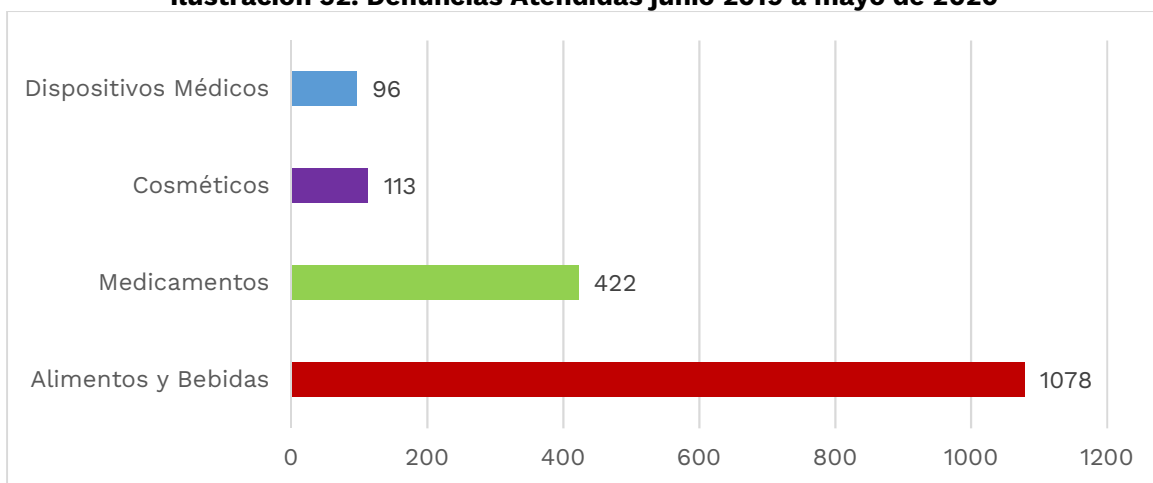
Para la implementación de este decreto el Invima expidió la Resolución 2019049081 del 31 de octubre de 2019 “Por la cual se establecen los lineamientos para la emisión del concepto sanitario en plantas de beneficio, desposte y desprese por parte del Invima, y para el expendio, distribución, almacenamiento y transporte de carne y/o productos cárnicos comestibles por parte de los Entes Territoriales de Salud y se dictan otras disposiciones”.

6.4.3 Estrategia del INVIMA, en la lucha contra la ilegalidad, contrabando y corrupción de productos de uso y consumo humano

El INVIMA desarrolla su estrategia con el Grupo Unidad de Reacción Inmediata (GURI), mediante la recepción y gestión de la información de presuntos actos de ilegalidad y contrabando generando análisis para determinar acciones que mitiguen y contengan el riesgo de afectación a la salud pública. El INVIMA también realiza trabajos en forma conjunta y articulada con autoridades judiciales y de salud a lo largo del territorio nacional.

Para el período comprendido desde junio de 2019 a mayo de 2020, el INVIMA atendió 1.709 denuncias, distribuidas según el tipo de producto en 63% (1.078) relacionadas con Alimentos y Bebidas, 25% (422) con Medicamentos, 7% (113) con Cosméticos y el 6% (96) con Dispositivos Médicos.

Ilustración 52. Denuncias Atendidas junio 2019 a mayo de 2020



Fuente: Reporte Observatorio Nacional de Ilegalidad del INVIMA

Para el período de junio a diciembre de 2019, el Instituto lideró 11 operativos contra la ilegalidad en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca y la

ciudad de Bogotá D.C., en los cuales decomisó 283 unidades de material de osteosíntesis, 1.792 unidades de cosméticos, 21.430 unidades de medicamentos, destrucción de 706 unidades de alimentos y congelamiento de 5.367 unidades de alimentos.

En el mismo período (junio a dic 2019), el INVIMA participó en diligencias conjuntas con el CTI, la SIJIN, la POLFA y la Policía Nacional en el departamento de Antioquia y la ciudad de Bogotá D.C., con una incautación en productos competencia del instituto de 6 toneladas de medicamentos, 86.386 botellas vacías y 232 botellas llenas para licor adulterado y 1.272 unidades de perfumes fraudulentos y falsificados, con su respectivo material de envase y etiquetado.

Entre los meses de enero a mayo de 2020, el INVIMA alcanzó **2.583** acciones administrativas realizadas frente a la ilegalidad en comercio electrónico para publicaciones que promocionan y venden productos sin registro sanitario o que incumplen la publicidad autorizada, desarrolladas 1.488 para plataformas de comercio electrónico, 832 perfiles de redes sociales reportados y 263 Sitios Web

En marzo se lideró la Operación PANGEA XIII en Colombia, una actividad convocada anualmente por INTERPOL realizada de manera simultánea en cientos de países, cuyo objetivo es la identificación de medicamentos, dispositivos médicos y productos similares en condición ilegal. En trabajo conjunto con la DIAN y la Policía Fiscal y Aduanera – POLFA en la ciudad de Bogotá D.C. y departamentos como Santander, Quindío, Valle del Cauca, Atlántico, Caldas, Caquetá, Huila, Tolima; se aplicaron diez (10) Medidas Sanitarias de Seguridad (MSS) consistentes en:

- ✓ **DECOMISO** de 902.143 unidades de Suplementos Dietarios, Alimentos (proteínas) y Medicamentos valuados en \$18.686.200.
- ✓ **DESTRUCCIÓN** de 2.300 gramos de Alimentos (proteínas), valuado en \$130.000.
- ✓ **DESTRUCCIÓN** de 160 capsulas blandas de Suplemento Dietario, valuado en \$53.200.
- ✓ **CONGELAMIENTO** de dos (2) cajas por dos (2) unidades de Suplemento Dietario, valuado en \$40.000.

En actividades conjuntas, entre enero a mayo de 2020, con la Policía Fiscal y Aduanera-POLFA y la DIAN, en diferentes ciudades se conceptuó sobre incumplimientos a la normatividad sanitaria en más de 100 mil unidades de productos importados competencia Invima, los cuales fueron objeto de acta de aprehensión por parte de la DIAN y la POLFA.

6.4.4 Fortalecimiento de la capacidad técnica de los laboratorios

El INVIMA como garante de la inocuidad y seguridad de productos de consumo de la población colombiana, siempre le ha apostado a la toma de decisiones con información de alto nivel. Es por ello que reconoce en el sistema de gestión implementado en los laboratorios, la garantía de resultados válidos y confiables, que han sido emitidos con un profundo compromiso y competencia del personal, cuya calidad técnica y científica, ha sido una vez más atestada y evaluada por parte del Organismo Nacional de Acreditación de Colombia-ONAC, en el periodo comprendido entre el 1º de junio de 2019 y 31 de mayo de 2020.

De otra parte, el Grupo de Laboratorio de Microbiología de Alimentos y Bebidas obtuvo la certificación de *Salmonella spp.* bajo protocolos estandarizados y validados internacionalmente (electroforesis en campo pulsado) por parte de la red PulseNet, evidenciando el compromiso con la salud pública de los colombianos, ya que demuestra que el Invima se encuentra a la vanguardia para la detección e identificación de patógenos emergentes o reemergentes y que permite el diagnóstico e investigación de brotes de manera temprana, además de reforzar la vigilancia nacional y regional de las enfermedades transmitidas por alimentos, fortaleciendo la comunicación entre los países de América Latina y el Caribe.

Adicionalmente, los grupos de laboratorio adquirieron diferentes equipos, los cuales permitieron el fortalecimiento de la capacidad analítica y se participó en intercambios técnico científicos con entidades homólogas como LANAGRO de Brasil, cuyo objetivo fue la transferencia de conocimiento en el ensayo de determinación de CMP en leche por LC/MS/MS para la implementación y validación de la metodología en el Grupo de Laboratorio Físicoquímico de Alimentos y Bebidas, la cual permite la identificación de la posible adulteración de leches con adición no permitida de lactosueros. El Grupo de Laboratorio de Productos Biológicos realizó la transferencia tecnológica con *Health Canadá*, en la cual se revisó la liberación de lote de productos biofarmacéuticos y se fortaleció la evaluación de los indicadores del Módulo de Liberación de Lotes mediante la revisión de Herramienta Global de Evaluación comparativa GBT. Así mismo, el Grupo de Laboratorio de Organismos Genéticamente Modificados (OGM) realizó intercambio técnico científico con SENASICA (México) que permitió el afianzamiento de conocimientos tanto teóricos como prácticos en la detección, identificación, cuantificación de OGM y análisis de resultados, también se profundizaron temas sobre validación de métodos y la técnica de PCR digital.

Es de resaltar que el Grupo de Laboratorio Físico-mecánico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías fue escogido como referente de entidades

homologas del Salvador y Guatemala, para el proceso de realización de ensayos para determinar la conformidad de los dispositivos médicos.

A pesar de las circunstancias presentadas por la emergencia sanitaria, y gracias a las diferentes herramientas tecnológicas, se llevó a cabo la auditoría interna en forma remota y presencial, permitiendo la verificación de los requisitos de la norma ISO/IEC 17025 y cumpliendo con lo establecido por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia–ONAC para dar inicio al proceso de ampliación de alcance, el cual ha sido el fruto de una reflexión técnica y científica, que busca fortalecer el sistema sanitario nacional, por lo que nuestra meta, es proyectar su ampliación permanente, año tras año, con el fin de poder dar una respuesta cada vez más amplia a las necesidades del país, con un claro compromiso con la industria nacional, pero siempre de cara a salvaguardar la salud pública de los colombianos.

6.4.5 Ejecución presupuestal INVIMA

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. En términos de recursos obligados tanto para la vigencia 2018 como para la vigencia 2019 se presentó una ejecución del 86%, con respecto a la vigencia 2020, durante lo corrido del año y con corte a 31 de mayo, se han comprometido un total de 42%, tal como se señala a continuación:

Tabla 117. Ejecución Presupuesto INVIMA 2019-2020

Miles de Pesos

Vigencia 2019			Vigencia 2020		
Apropiación vigente	Obligado		Apropiación vigente	Compromisos	
Funcionamiento	\$ 118.798.695	89%	Funcionamiento	\$ 116.280.605.000	42%
Inversión	\$54.869.378	78%	Inversión	\$67.602.415.000	42%
Total	\$173.668.073	86%	Total	\$183.883.020.000	42%

Fuente: Secretaría General-Oficina Asesora de Planeación-INVIMA

6.4.6 Sistema de gestión integrado

El INVIMA como autoridad sanitaria, mantiene el sistema de gestión integrado, orientado por procesos, alineado al direccionamiento estratégico. En el periodo de 1º de junio a 31 de mayo de 2020 se mantienen las acreditaciones y certificaciones que evidencian el fortalecimiento del Instituto, la mejora

continua de los procesos, contribuyendo con el cumplimiento eficaz de la plataforma estratégica:

- Autoridad Reguladora Nacional de Medicamentos de Referencia de OPS: Proceso que reconoce al INVIMA como entidad competente y eficiente en el desempeño de sus funciones de Regulación Sanitaria recomendadas por la OPS/OMS para garantizar la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos.
- Acreditación bajo los requisitos de la norma ISO/IEC 17025:2017: Proceso que respalda la competencia técnica de los grupos de laboratorio y asegurando la generación de resultados válidos y confiables (79 metodologías acreditadas).
- Certificación de Calidad bajo los requisitos de la norma ISO 9001:2015: Proceso que transmite seguridad, buena imagen y prestigio en el mercado y da confianza en que los procesos son eficaces y propenden por el mejoramiento continuo.

6.4.7 Transparencia

En el marco de las acciones encaminadas a la comunicación más efectiva entre la entidad y los ciudadanos y como una forma de promover el uso y consumo responsable de los productos objeto de vigilancia del Instituto, el INVIMA mejora la comunicación con las partes interesadas optimizando la estructura de la página web, fortaleciendo la participación ciudadana en la rendición de cuentas, acercando la entidad al ciudadano y al vigilado y encaminando esfuerzos hacia la lucha contra la ilegalidad y el contrabando.

6.4.8 Simplificación de Trámites

Del 1º de junio al 31 de diciembre de 2019, el INVIMA culminó con éxito la estrategia de racionalización de trámites, realizando 10 actividades para intervenir 9 trámites. Dentro de los resultados se destacan la implementación de formulario vía web para radicación de protocolos de investigación; eliminación de requisitos y simplificación de procedimientos, que dieron como resultado fortalecimiento en la transformación digital, disminución de tiempos de trámite y ahorro en costos para los usuarios.

Con el mejoramiento continuo del Instituto, en el periodo comprendido entre el 1º de enero al 31 de mayo de 2020, se definió y está en ejecución la estrategia de racionalización de esta vigencia la cual comprende 18 actividades para racionalizar 16 trámites. En el seguimiento realizado con corte a 31 de mayo el

Instituto la estrategia ha avanzado en un 45% cumpliendo con las actividades planeadas para el periodo.

6.4.9 Resultados de Desempeño Institucional-FURAG

363

El índice de desempeño institucional refleja el grado de orientación que tiene la entidad hacia la eficacia (la medida en que se logran los resultados institucionales), eficiencia (la medida en que los recursos e insumos son utilizados para alcanzar los resultados) y calidad (la medida en la que se asegura que el producto y/o prestación del servicio responde a atender las necesidades y problemas de sus grupos de valor).

Para el segundo semestre de 2019, el INVIMA logró una calificación de 89,7 puntos sobre 100, subiendo 4,6 puntos con respecto a la medición anterior, ocupando el segundo puesto dentro del sector salud y el puesto 21 entre las 223 entidades que a nivel nacional participaron en la medición. Actualmente el Instituto está trabajando los planes de mejoramiento para las políticas de índice de mejora normativa e índice de gestión de la información estadística, las cuales no presentaron el nivel de desempeño esperado.

6.4.10 Fortalecimiento de la capacidad analítica de los laboratorios

En el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2019 y 31 de mayo de 2020, los grupos de laboratorio de la Oficina de Laboratorios y Control de Calidad han implementado y/o estandarizado 21 nuevas metodologías. Es de resaltar que en los últimos siete (7) años se han implementado 141 metodologías que responden a las necesidades que año a año se presentan en el país para la protección de la salud de los colombianos y que nos han permitido analizar un promedio anual de 10.800 muestras, lo que representa aproximadamente 86.400 análisis en los diferentes productos competencia de INVIMA.

Adicionalmente durante el mismo periodo de tiempo los grupos de laboratorio han realizado la validación y/o verificación de 21 metodologías, actividad que contribuye a la validez de los resultados emitidos.

6.4.11 Retos Institucionales

Desde el junio y hasta diciembre de 2019, el INVIMA cumplió con los retos propuestos; se destacan:

- **Estatus Sanitario**

- ✓ Certificación como Agencia de Referencia ante la Organización Mundial de la Salud OMS- *WLA WHO Authorities*.
- ✓ Realizar estudio de Prefactibilidad para determinar la viabilidad del proyecto de Construcción los Laboratorios-INVIMA.
- ✓ Consolidar el aplicativo Web de Reactivovigilancia como una herramienta tecnológica que permita la captación de información de calidad, optimizar tiempos, así como articulación con las Entidades Territoriales para la adecuada gestión de los efectos indeseados asociados con reactivos *in vitro* y de diagnóstico *in vitro*.
- ✓ Apoyar el restablecimiento del estatus de fiebre aftosa en Colombia.

- **Eficiencia**

- ✓ Implementar la emisión de los registros sanitarios y trámites asociados de los plaguicidas de uso en salud pública delegados por el Ministerio de Salud y Protección Social por el Decreto Ley 2106 de 2019.
- ✓ Aumentar la productividad en la evaluación de trámites de registros sanitarios y trámites asociados.
- ✓ Continuar con la ejecución de las políticas de racionalización y agilización de trámites.
- ✓ Fortalecimiento de la gestión misional de los Grupos de Trabajo Territorial 2019.

- **Transparencia**

- ✓ Continuar con el acercamiento del INVIMA en las regiones a través de los diferentes programas de las Direcciones.
- ✓ Realizar capacitaciones en cultura de la legalidad.

- **Transformación digital**

- ✓ En materia cooperación y posicionamiento nacional e internacional se espera en 2020 sustituir el certificado de papel por el intercambio de información electrónico con los Países Bajos; e implementar este modelo para intercambios futuros con países de América Latina que, también estén o hayan adoptado el modelo de certificación electrónica.
- ✓ Dinamizar el diseño y puesta en marcha de los cursos virtuales en la plataforma del INVIMA al público.
- ✓ Implementación de la nueva herramienta de PQRDS y correspondencia, permitiendo contar con información en tiempo real, mejorando la accesibilidad de la información y la trazabilidad de las diferentes solicitudes.

6.5. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-INC

A continuación, se presentan las actividades realizadas por el INC en relación con sus procesos misionales: atención y cuidado de pacientes, docencia, investigaciones y salud pública, así como los principales indicadores financieros. Lo anterior para el periodo comprendido entre junio de 2019 hasta mayo de 2020.

6.5.1 Direccionamiento

El Plan de Desarrollo del Instituto Nacional de Cancerología ESE fue aprobado mediante Acuerdo 008 de 2019 y cuenta con 3 ejes, 11 líneas, 46 objetivos estratégicos, 169 metas, del cual para la vigencia 2019 se ejecutó en un 86% de acuerdo con las 129 metas programadas.

El cumplimiento por cada eje con sus líneas estratégicas, objetivos y metas fue el siguiente: dirección 86%, misional 88% y apoyo 85%.

6.5.2 Atención al cuidado de pacientes

Premios y reconocimientos.

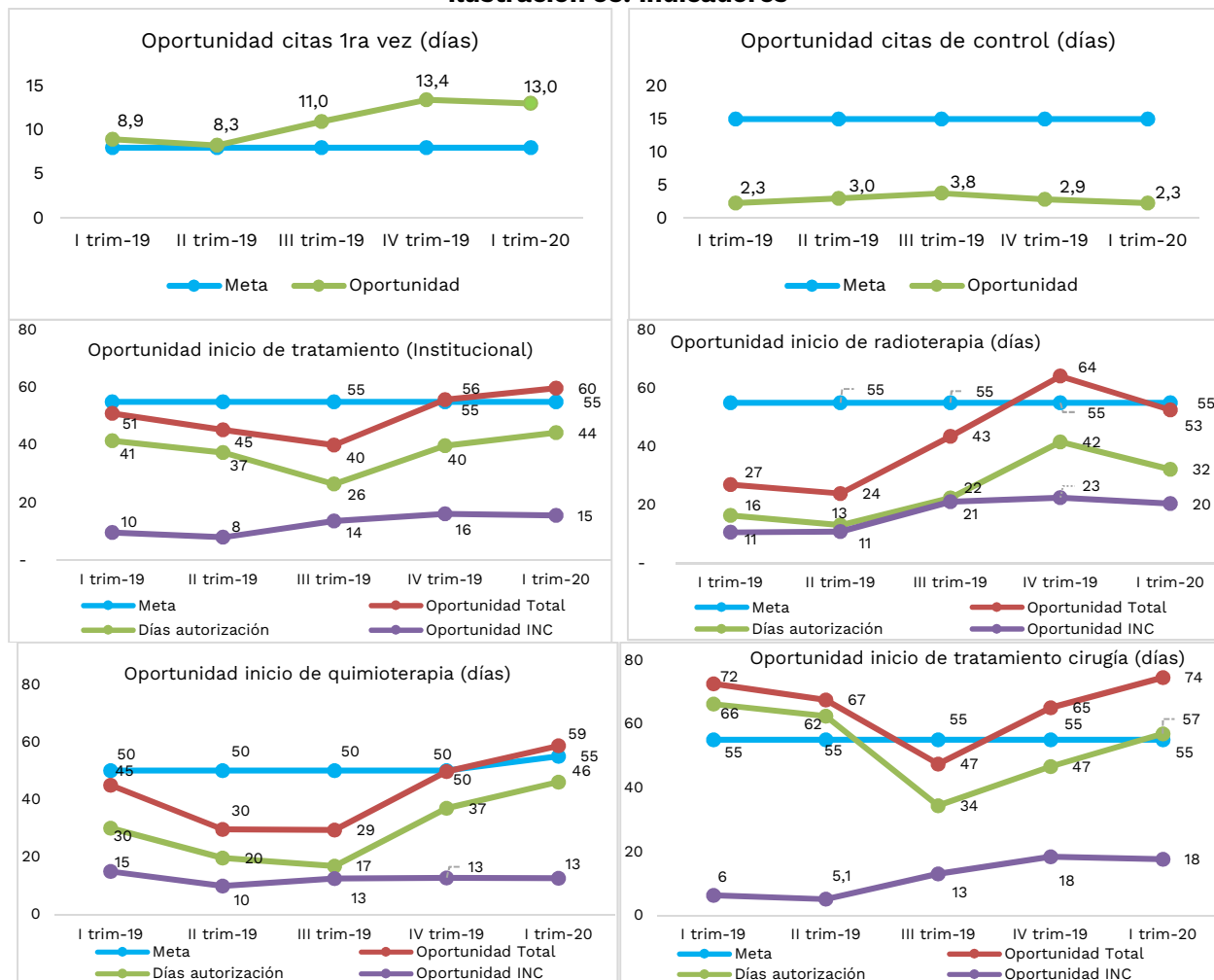
Primer puesto con el programa “Hospital Generador de vida”-“La orden responsabilidad social Bogotá Dona” otorgado por La Mesa Directiva del Concejo de Bogotá y la Secretaría Distrital de Salud al INC. El INC continúa siendo responsable socialmente a través del alojamiento de albergues, la escuelita, proyecto de vertimientos con cero impactos ambientales por residuos radioactivos y demás programas y proyectos.

Desde el fortalecimiento y crecimiento de la atención y cuidado de pacientes el INC atendió cerca de 9.800 pacientes al año de los cuales 6.800 en promedio fueron de primera vez, es decir el 7% de los pacientes con cáncer del país. Los cuales recibieron tratamiento de acuerdo con el diagnóstico y estadificación.

A continuación, se presentan los principales indicadores de oportunidad de primera vez y control e inicio de tratamiento de radioterapia, quimioterapia y

cirugía o concomitante; es importante tener en cuenta que este último incluye los tiempos de autorización por parte de los aseguradores que en promedio fueron 40 días.

Ilustración 53. Indicadores



Fuente: Sistema información institucional SIAPINC. INC

6.5.3 Docencia

- **Educación formal.** Renovación de registro calificado de 13 programas académicos institucionales en convenio con la Universidad Militar Nueva Granada.
- **Educación no formal (educación continuada y de extensión).** Se capacitaron 1.193 profesionales en los cursos que realiza el INC en prevención y detección temprana del cáncer.

6.5.4 Investigación

El objetivo del proceso de investigación es generar o actualizar el conocimiento científico en cáncer, enmarcado en las ocho (8) líneas de investigación definidas por el INC.

En 2019 el INC avaló 4 nuevos grupos en el marco de la convocatoria 833 de 2018 de COLCIENCIAS e incremento del grado de clasificación: Salud Pública pasó de C a A1 y GREICAH pasó de D a C. A continuación, se relacionan los proyectos de investigación y la producción científica para la vigencia:

Tabla 118. Proyectos de investigación

Proyectos	2018	2019	2020*
Proyectos de investigación institucionales en curso	134	130	133
Proyectos nuevos de investigación institucional aprobados por CEI, por la línea de investigación	38	48	10
Proyectos extrainstitucionales nuevos	16	21	8
Proyectos de investigación cerrados	15	50	12

Fuente. Informe de gestión institucional 2019. INC

*Nota: Datos preliminares con corte a 27 de mayo 2020

Tabla 119. Producción científica

Tipo de publicación	2018	2019	2020*
Artículos aprobados	31	25	10
Artículos publicados	29	23	8
Boletines electrónicos	11	12	-
Capítulo de libros	6	1	-
Ponencias en eventos científicos	56	81	2

Fuente. Informe de gestión institucional 2019 INC

* Nota: Datos preliminares con corte a 27 de mayo de 2020

La Revista Nacional de Cancerología (RCCAN) se encuentra en categoría C de Publindex y fueron publicados 26 manuscritos aceptados en la RCCAN durante 2019. Se publicaron los 4 volúmenes programados para 2019 y a 2020 se ha publicado 1, en el portal <https://www.cancer.gov.co/search/node/revista>. Ésta se encuentra indexada en: Scielo, Publindex, DOAJ, IMBIOMED, Lilacs, Embase, ESCI.

6.5.5 Salud pública

Para el año 2019 el Grupo Área de Salud Pública se propuso, como objetivo principal, posicionar al Instituto Nacional de Cancerología en el mercado de salud pública para el control del cáncer constituido los proyectos de investigación y los Planes de Salud Pública Territoriales del 2017 al 2022.

- **Programa para la prevención y detección temprana del cáncer en Colombia**

En la vigencia de 2019 en el Centro de Prevención y Diagnóstico del Cáncer– CPreD, se realizaron 2.244 consultas de medicina general y especialidades, se realizaron 3.092 exámenes de tamización y diagnóstico temprano y se diagnosticaron 73 casos de cáncer para el año 2019. En el primer trimestre de 2020 en el centro de Prevención y detección temprana se atendieron 318 consultas, 159 pruebas de tamización y se diagnosticaron 19 casos de cánceres, 15 en estadios tempranos.

Se certificaron 579 profesionales, técnicos y estudiantes en salud en los cursos presenciales ofertados por el CPreD. Además, se realizaron siete (7) brigadas en detección temprana del cáncer de piel en los departamentos de Vichada, Chocó, La Guajira, Cesar, Guaviare, Caquetá y Boyacá. Se suscribieron convenios con el Fondo Financiero Distrital y en cooperación de la Embajada de Japón en Colombia, se desarrollaron actividades del proyecto “Estrategia Ver y Tratar para el tratamiento inmediato de lesiones precancerosas de cuello uterino en cuatro departamentos de Colombia con regiones dispersas”.

- **Programa del sistema nacional de vigilancia epidemiológica del cáncer**

- El INC cuenta con cuatro (4) convenios firmados con Registros de Manizales, Bucaramanga, Pasto y Barranquilla para el año 2019, para mantenimiento de los registros de cáncer de base poblacional.
- Resultados de supervivencia global de los cánceres de mama, cuello uterino, estómago, colon y recto y próstata (cohorte 2015 del INC) para mantenimiento de la vigilancia de la supervivencia institucional de los cánceres priorizados en Colombia.
- En 2019 se publicó el Anuario Estadístico institucional de 2016 y en marzo de 2020 se publicó el Anuario estadístico del 2017 durante el I trimestre de 2020.
- Mejoramiento de la información de mortalidad e incidencia disponible en la web de manera interactiva en INFOCANCER con cargue de la información de mortalidad nacional año 2017.
- Mantenimiento de la información sobre la disponibilidad de los estadios clínicos o patológicos al momento del diagnóstico por sistemas y principales localizaciones del 2012 al 2017 del INC y publicación del Boletín

epidemiológico No 11 2018 en enero/2019 y sometimiento del Boletín epidemiológico No 12 sometido en noviembre/2019.

- **Programa de monitoreo de vacuna contra el Virus de Papiloma Humano–VPH**

369

El programa de monitoreo de vacuna del INC inició en el año 2014 y tuvo como resultado: Se logró observar una reducción importante de los tipos de VPH incluidos en la vacuna contra el VPH en mujeres vacunadas, esta reducción fue mayor cuando las mujeres fueron vacunadas antes del inicio de actividad sexual con dos dosis de vacuna. Cabe resaltar que el beneficio completo de la vacunación se obtuvo cuando las mujeres fueron vacunadas con un programa completo antes del inicio de actividad sexual. Además, se identificó que no hubo una disminución significativa en la prevalencia de los genotipos relacionados con el VPH 31 y 45 (sin protección cruzada). Es necesario llevar a cabo estudios para evaluar posibles cambios en los patrones epidemiológicos para determinar si puede haber un reemplazo viral.

Se realizó la ponencia durante el Congreso Internacional de Cáncer del Instituto Nacional de Cancerología-Bogotá, de Prevalencia de infecciones por VPH en un grupo de mujeres colombianas no vacunadas de 18-25 años: una medida de referencia para el monitoreo de la vacuna. Además, se presentó en el Congreso Internacional EUROGIN VPH en Mónaco la ponencia: “*Reduction In Hpv 16/18 Prevalence In Colombian Young Women After Five Years Of Hpv Vaccine Introduction*”. Se han publicado dos artículos y en octubre de 2019 se sometió el artículo “*Monitoring of the HPV vaccine: an experience five years after the implementation in Colombia*” en la Revista *Cancer Prevention Research* y se elaboró el manuscrito “*Reduction In Hpv 16/18 Prevalence In Colombian Young Women After Five Years Of Hpv Vaccine Introduction*”.

- **Evaluación y seguimiento de servicios oncológicos**

- Socialización del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012–2021 de Colombia y experiencia de la verificación de habilitación en el país en reunión de liderazgo y cáncer en México y en Honduras, por invitación directa de la Unión Internacional Contra el Cáncer–UICC. Representación técnica institucional ante el Concejo Nacional de Cáncer Infantil de la Ley 1388 de 2010 y representación colombiana en la Iniciativa Integrada para el control del cáncer por invitación de la Unión Internacional Contra el Cáncer–UICC y Escuela de Salud Pública de Harvard, en Buenos Aires, Argentina.
- Se realizó el diseño del proyecto de innovación en modelos de prestación de teleoncología.

- Se publicó el boletín de seguimiento a servicios oncológicos.

- **Comunicación pública para el control del cáncer**

- Implementación de concurso digital, en el marco de la estrategia No Fumar es la Actitud, con participación de la ciudadanía a través del concurso “Que entre colores y sabores el tabaco no te enamore” con capacitación directa a 1.200 estudiantes en Bogotá y más de 20 mil personas alcanzadas por redes sociales.
- Diseño de Red de Acción Comunicativa para mejorar la sinergia interinstitucional para el control del cáncer liderada por el INC, con la Organización Panamericana de la Salud–OPS, la Red de Veeduría Ciudadana del control del tabaco, y organizaciones cuyo trabajo impacta el control del cáncer: Liga Colombiana Contra el cáncer, Educar Consumidores, Fundación Anaas, Red PaPaz, Convivencia, Asociación Transformar Santander, Consultoría en comunicaciones estratégicas, Rizoma Comunicaciones, *Vital Estrategies*, 1DOC3, *Corporate Accountability*, Representante de pacientes y sobrevivientes de cáncer. Once acciones de comunicación presenciales para el control del tabaquismo en comunidades vulnerables del Distrito de Bogotá.

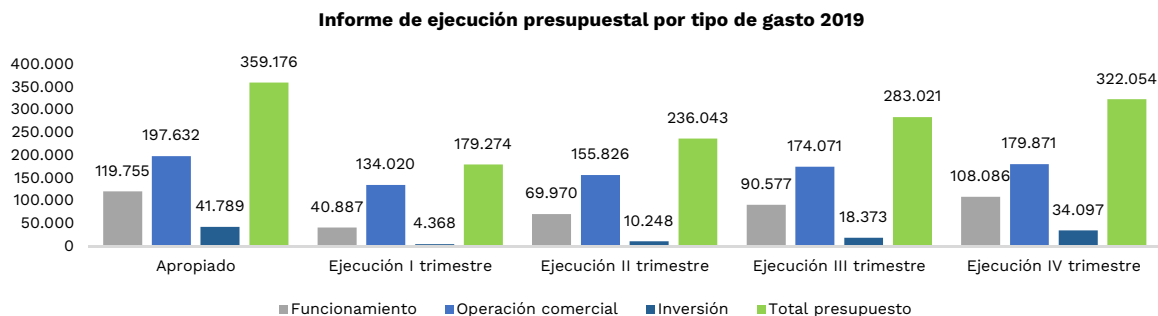
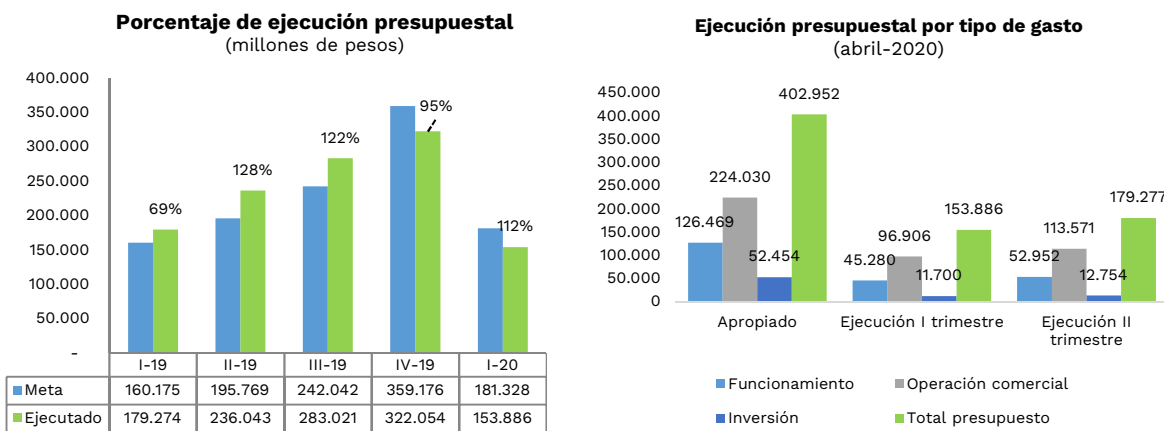
- **Vigilancia y análisis de medios de comunicación, políticas públicas y legislación del control del cáncer y sus factores de riesgo.**

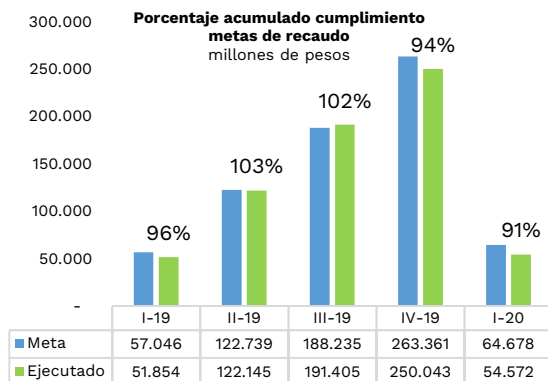
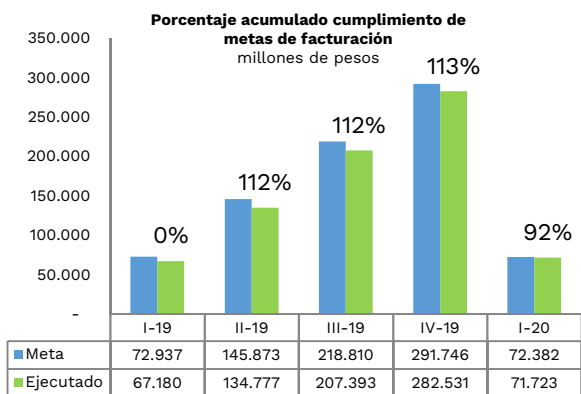
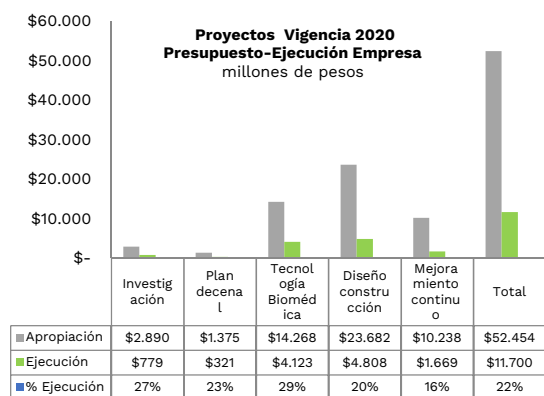
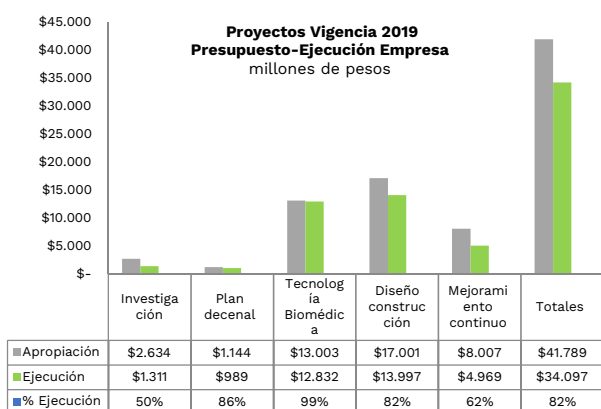
- Acciones de influencia política a partir del sistema de vigilancia y política legislativa con los proyectos de ley de prohibición del asbesto (Ley promulgada), Control de emisiones contaminantes de fuentes móviles (Ley promulgada), Cigarrillo electrónico (en trámite). Proyecto de acuerdo distrital de control de radiación UV (en trámite) y proyecto de acuerdo de control de consumo de sal y azúcar (en trámite).
- Acciones de influencia sobre medios de comunicación para control del cáncer: réplica sobre cifras de cáncer de mama incorrectas (cuatro medios online y dos medios impresos nacionales, incluyó "El Tiempo") y réplica sobre clasificación incorrecta de productos de tabaco (un medio impreso nacional "El tiempo").
- I trimestre de 2020: Participación en reunión IX en la Reunión de encuentro intersectorial para el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco, 2 de marzo de 2020, participaron los Ministerios de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Salud y de la Protección Social, el Instituto Nacional de Cancerología, el Ministerio de Comercio, industria y Turismo,

Superintendencia de Industria y Comercio, la Consejería Presidencial para la Competitividad y la Gestión Público-Privada y Policía Fiscal y Aduanera (POLFA), entre otros temas se presentó el concurso anual " Que entre colores y sabores el tabaco no te enamore". Participación en consulta de expertos de la Universidad del Valle "Efectos del Glifosato en la Salud Reproductiva" para incidencia en la política PECIG (Programa de Erradicación de Cultivos Ilícitos mediante aspersión aérea con el herbicida Glifosato).

6.5.6 Indicadores financieros

Ilustración 54. Indicadores financieros





Fuente: Sistema información institucional SIAPINC. INC

6.6. CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA–CDFLLA

El Centro Dermatológico “Federico Lleras Acosta” es una E.S.E. de tercer nivel ambulatorio del orden Nacional con 85 años de existencia, que presta servicios especializados de Dermatología, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, acreditada por ICONTEC desde hace 12 años. A continuación, se presentan los resultados de sus procesos misionales enmarcados en la asistencia, docencia, investigación y asesoría al ejecutivo.

6.6.1 Calidad en la prestación de los servicios

- **Infraestructura y dotación en salud.** Nueva tecnología de atención en salud: 1 Cryo 6 (enfriador de piel) por \$30.745.588, 2 sillas de inspección para estética por \$12.718.731, 2 cabinas de flujo laminar por \$90.499.000, 4 deshumidificadores por \$5.959.520. Suministro e instalación de equipos biomédicos por \$9.000.000.
- **Sistema de garantía de la calidad en salud.** El CDFLLA se mantiene en la categoría de Institución Acreditada por 12 años consecutivos y busca la implementación de altos estándares internacionales de calidad de *Joint Commission International*. Asimismo, está trabajando en la implementación de estándares de transformación digital (HIMSS) y el fortalecimiento de la seguridad del paciente a través de la implementación de los estándares de hospital seguro de la ACHC, estratégicamente alineados con los estándares internacionales de *Joint Commission International*.
- **Clínicas dermatológicas.** El CDFLLA, en su calidad de Empresa Social del Estado, realiza múltiples acciones para mejorar la salud cutánea de los colombianos y disminuir entre otros, la incidencia de cáncer de piel que se presentaba a nivel nacional. Para ello desde enero de 2016, se cuenta con un modelo de atención para clínica de tumores, el cual busca brindar una atención y diagnóstico oportuno a pacientes que presentan dichas patologías. Tomando como referencia este modelo de atención y en la búsqueda de ofrecer una atención integral a los pacientes según su patología, siguiendo con los parámetros de seguridad y calidad que rigen en la institución, involucrando actividades asistenciales, administrativas, investigativas y de

docencia con abordaje terapéutico, se decidió el crear nuevas clínicas a partir de noviembre de 2017, las cuales vienen funcionando.

Tabla 120. Resultado de las clínicas

CLÍNICA	CANTIDAD ATENCIONES JULIO 2019–ABRIL 2020	VALOR INGRESO JULIO 2019–ABRIL 2020
Tumores	544	\$26.136.000
Enfermedades capilares	2.201	\$111.744.000
Psoriasis	848	\$40.728.000
Acné	10.628	\$510.168.000
Dermatitis atópica	1.627	\$78.120.000
Dermatitis de contacto	1.200	\$57.624.000
Dermatología estética y cosmiatría	1.148	\$55.104.000
Total	18.196	\$879.624.000

FUENTE: CDFLLA

6.6.2 Promoción y Prevención

Indicador Población beneficiada en campañas y eventos de promoción y prevención. El CDFLLA ha realizado y liderado acciones encaminadas a fortalecer la salud cutánea, las cuales se han dirigido a la población del territorio nacional, a los servidores públicos en el marco del Programa Servimos y al MSPS y demás entidades, este último con un enfoque en políticas públicas. Para ello se cuenta con dos campañas:

- **“Amo y Examino mi piel”:** Tiene como propósito fortalecer la importancia del cuidado de la piel y la necesidad de buscar atención médica oportuna, para prevenir el cáncer de piel.
- **“Cero Bullying, menos acné”:** Busca sensibilizar a la población sobre la importancia de aceptar y respetar a los pacientes que tienen acné, primera causa de consulta en la Institución, evitando los escenarios de bullying, pues ésta es una enfermedad común, que con tratamiento adecuado puede mejorar notablemente. A través de estas campañas y otras acciones realizadas en eventos se han beneficiado en promedio 16.750 personas en el 2 semestre de 2019 y 734 personas en el 1er. trimestre de 2020.

Tabla 121. Eventos

EVENTOS II SEMESTRE 2019	
EVENTO DE PARTICIPACIÓN	CANTIDAD DE ASISTENTES
Festival de verano (IDRD 3 días)	5000 por día
E-Salud	350
Fitness Festival III	700
Feria semana “Somos lleras”	500
Eventos internos	200

EVENTOS I TRIMESTRE 2020	
EVENTO DE PARTICIPACIÓN	CANTIDAD DE ASISTENTES
Día mundial de la lucha contra la Lepra, en el parque nacional	500
Día mundial de la lucha contra la Lepra, en la Academia Nacional de Medicina	120
Eventos internos	114

FUENTE: CDFLLA

Adicionalmente, se llevan a cabo estrategias y actividades que se realizan a diferentes grupos poblaciones, a través de folletos, capacitaciones en instituciones, comunicación por redes sociales, indicaciones y recomendaciones en historia clínica, información en página web, redes sociales, videos promocionales, talleres de Dermatitis Atópica, Dermatitis de Contacto y Acné. Se realizan estrategias de promoción y prevención: primaria, secundaria y terciaria. Para los programas de Hansen y Leishmaniasis, se realizan campañas y capacitación integral a los pacientes y familias, que han sido diagnosticados con estas patologías.

De otra parte, como acciones dirigidas a los profesionales de la salud, se lideró en las instalaciones de la institución el 14 de septiembre de 2019 en asociación con ASOCOLDERMA, la presentación de la guía colombiana de práctica clínica de dermatitis atópica pionera en América Latina. Se realizó el lanzamiento del libro de lepra en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina a propósito de la conmemoración del día mundial de la lucha contra la Lepra. Adicionalmente el grupo de Lepra de la institución fue convocado en la SDS para dictar charlas acerca de rehabilitación, manejo y estigmatización de la Lepra. También se participó en el foro semana salud y cannabis en torno a la discusión ética en cannabis medicinal.

Frente a las acciones con enfoque en políticas públicas, se realizaron acciones de asesoría al MSPS, instituciones del orden departamental, municipal, científicas y otras organizaciones como, por ejemplo: participación en la mesa Telesalud del Ministerio de Salud y Protección Social y mesa de sabios del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Se dio apoyo en los lineamientos nacionales del programa de Hansen, y se participó en los lineamientos para la epidermolísis bullosa (piel de mariposa).

Adicionalmente se continúa con el desarrollo de las campañas y estrategias propuestas de participación tales como: Feria SERVIMOS con la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, Superintendencia de Sociedades, Ministerio de Minas y Energía, y la Procuraduría. Festival de verano, Bogotá Fitness Festival, Ministerio de Salud, y ciclo.

Tabla 122. Recursos destinados para actividades de PYP

PERIODO	VALOR	CONCEPTO
Segundo semestre de 2019	\$189.000.000	Incluye contratos de catering logística y estrategias de comunicación
Primer trimestre de 2020	\$240.000.000	Incluye contratos de catering logística y estrategias de comunicación
Total	\$429.000.000	

Fuente: Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta–CDFLLA

El valor es inferior con respecto al informe del año anterior dado que la mayoría de las actividades de PyP se realizaron en el primer semestre de 2019. Para este año debido a la pandemia por el COVID-19 no se han podido realizar eventos masivos como los realizados en el primer semestre de 2019.

6.6.3 Salud Pública

Indicador Seguimiento a tratamiento en los programas de Hansen y Leishmaniasis CDFLLA. Se logró obtener un 100% tanto en 2019 como en el 1 trimestre de 2020 de seguimiento para pacientes con diagnóstico de Hansen, asociado al acompañamiento por parte del grupo de químicos farmacéuticos de la institución, para monitorear los posible eventos adversos o efectos no deseados que los medicamentos puedan causar a los pacientes. Para el programa de Leishmaniasis, se logró cumplimiento del indicador del 91% para segundo semestre de 2019 y para el 1 trimestre de 2020 del 93%.

Como principales logros del programa de Hansen y Leishmaniasis se tienen:

- Participación en las unidades de análisis de expertos de Hansen y comités de Secretaría Distrital de Salud para programa de Leishmaniasis.
- La institución participó en enero de 2020 en la conmemoración del “Dia mundial de la Lucha contra la Enfermedad de Lepra”, la cual involucra a pacientes y familiares.
- Se realizó educación continua a pacientes y familiares, que ingresaron y asistieron a controles del programa de Hansen y Leishmaniasis, buscando disminuir la estigmatización y fortaleciendo la detección temprana.
- Se garantizó la atención integral a través de un grupo multidisciplinario: Dermatólogo, bacteriólogas, fisioterapeuta, trabajo social, químico farmacéutico y jefe de enfermería. En caso de ocurrir alguna urgencia dermatológica, derivada de estas patologías, se ofrece atención inmediata por médico general asesorado por médico especialista.
- La experiencia del CDFLLA en el manejo de estos programas, lo faculta para asesorar al MSPS frente a dichos temas.

Tabla 123. Recursos financieros destinados

II SEMESTRE 2019						
FACTURACIÓN	CONSULTA	CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	PATOLOGÍA	FISIOTERAPIA	FARMACIA
Hansen	20.256.000	6.046.300	13.650.500	6.972.300	15.078.000	20.626.743
Leishmaniasis	8.160.000	3.885.000	1.374.000	3.180.000	0	5.985.405
Total	28.416.000	9.931.300	15.024.500	10.152.300	15.078.000	26.612.148
I TRIMESTRE 2020						
FACTURACIÓN	CONSULTA	CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTOS	LABORATORIO	PATOLOGÍA	FISIOTERAPIA	FARMACIA
Hansen	7.920.000	1.959.500	5.162.200	1.830.100	4.980.400	6.184.770
Leishmaniasis	4.992.000	3.465.700	912.800	2.288.000	0	2.057.921
Total	12.912.000	5.425.200	6.075.000	4.118.100	4.980.400	8.242.691

Fuente: Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta–CDFLLA

Por la pandemia COVID-19 se adaptó el programa de Hansen siguiendo las recomendaciones dadas por el Ministerio de Salud para propender por la disminución del riesgo de contagio tanto para los usuarios como para el personal médico, atendiendo a los lineamientos para la gestión del Programa Nacional de Hansen en el marco de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19). Se continúa con la prestación de la atención al paciente con Hansen en forma presencial aplicando las medidas de protección para prestador de atención en salud, se continúa con la toma y procesamiento de exámenes de laboratorios necesarios, el suministro de medicamentos con la opción de darlos cada dos meses, y se da la opción de teleconsulta para garantizar la continuidad de los controles.

Además, se realizó un protocolo de atención para el COVID-19, un protocolo de recomendaciones ante el COVID-19, un sistema de vigilancia institucional para el coronavirus, y una campaña de capacitación denominada ZONA LIBRE DE COVID-19 al personal sobre cómo prevenir el contagio y diseminación de la infección en la institución.

Dentro de las estrategias adicionales frente al COVID-19, se incluyó en las historias clínicas recomendaciones de autocuidado para los pacientes; adicionalmente, pone a disposición gel antibacterial y jabones con el fin de que el personal tanto asistencial como externo realicen la higiene de manos antes, durante y después del proceso de atención, de igual manera, dota a su personal con los elementos de protección personal correspondiente al área y protocolo institucional y demarca áreas (sillas y espacio que se pueden usar) con el fin generar acciones que disminuyan el riesgo de la transmisión de enfermedades durante el proceso de atención en las diferentes sedes de la institución.

La institución se mantiene libre de casos confirmados de COVID-19 y sigue las recomendaciones del Ministerio de Salud y de la Protección Social para instituciones de salud en cuanto a elementos de protección personal y

capacitación. Por otra parte, la institución incentiva la tele consulta para disminuir aún más el riesgo de nuestros usuarios y personal institucional.

6.6.4 Telesalud

378

El CDFLLA a raíz de la situación de emergencia decretada a nivel nacional y con el fin de salvaguardar sus principios misionales aportando a la comunidad y lograr una subsistencia financiera, implementó la modalidad de Telesalud para la consulta dermatológica.

El servicio de Telesalud se brinda bajo la modalidad interactiva: la cual es una relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una herramienta de video llamada en tiempo real, entre médico y usuario para la prestación del servicio (consulta especializada en dermatología). Desde su implementación en abril 13 de 2020 se han realizado 230 consultas en promedio.

6.6.5 Cáncer de Piel

Indicador, Acciones para prevenir y disminuir la mortalidad por cáncer de piel: El Cáncer de piel es el más frecuente en el mundo, uno de cada tres cánceres que se diagnostican es un cáncer de piel, por lo que es el responsable de más muertes asociadas a esta patología; de acuerdo con las estadísticas el 73% de la población mundial no consulta al dermatólogo, 52% no les aplica protector solar a sus hijos, 53% no lo usa todos los días y 82% no hacen autoexamen de piel, lo que conlleva a que cerca de 250 personas aproximadamente mueran anualmente en Colombia por cáncer de piel.

El CDFLLA en su calidad de Empresa Social del Estado, realiza múltiples acciones para prevenir y disminuir el porcentaje de mortalidad por cáncer de piel en Colombia, dirigiendo sus esfuerzos en fortalecer la clínica de tumores para ser centro de excelencia, así como avanzar en investigación y publicaciones sobre el tema, destacándose que los pacientes diagnosticados con esta patología reciben atención integral especializada con equipos de alta tecnología.

6.6.6 Tele dermatología

El CDFLLA, en atención al compromiso social y desarrollar un nuevo modelo de servicios, basados en el uso de dispositivos móviles, como una forma de disminuir los costos de la tecnología asociados a la Tele dermatología, el cual

impactará positivamente en el acceso a la salud de los colombianos; llegando a comunidades alejadas del país, proyectó “Telederma, la nueva forma de hacer telemedicina”; el cual contó con pruebas realizadas en los departamentos de la Guajira, Santander, Cundinamarca, Antioquia y Cauca.

Se realizaron en 2019 un total de 1.275 consultas mediante la modalidad de telemedicina. 244 consultas reales y el restante consultas de pruebas.

- Indicadores de Teledermatología
 - ✓ Promedio de Respuesta de tele consulta: 8,7 minutos
 - ✓ Promedio mínimo registrado fue de 6 minutos.
 - ✓ Promedio de envío de una tele consulta 7,2 minutos
 - ✓ Promedio de entrega de respuesta al paciente por parte del médico general: 8,3 minutos
 - ✓ Se evitó el desplazamiento al 99% de los pacientes.
 - ✓ El gasto promedio ahorrado por paciente para una remisión al dermatólogo presencial fue de \$61.400
 - ✓ De las consultas recibidas, el 10% de los pacientes tuvo una impresión diagnóstica de cáncer de piel por parte del dermatólogo.
 - ✓ El número promedio de horas de desplazamiento evitadas fue de 8 horas.

6.6.7 Servicio de docencia e investigación

Es de resaltar, que el CDFLLA fue reconocido en 2018 como Centro de Investigación por COLCIENCIAS, con dos grupos de investigación: Dermatología tropical y Dermatología general. En la actualidad el CDFLLA está trabajando para obtener la certificación del INVIMA para investigación con seres humanos, se continúa fortaleciendo los trabajos de investigación básica a través de la firma de un convenio con Khiron como ente financiador de proyectos de investigación básica. Actualmente están aprobados 3 proyectos de investigación en esta línea para su financiación con Khiron.

- **Proceso de difusión del conocimiento.** Para la apropiación social y generación de nuevo conocimiento, se han realizado investigaciones que impactan en la atención de los pacientes, en temas de Leishmaniasis, Hansen, Acné y la implementación de un modelo de Teledermatología que surge como una propuesta de investigación con alto impacto en la descentralización de la atención dermatología de pacientes. Se ha hecho difusión a la comunidad científica a través de 12 manuscritos sometidos, 7 publicados, 18 reportes de casos derivados de prácticas clínicas y 23 presentaciones en eventos.

- **Proceso de investigación básica y aplicada.** Actualmente se encuentran en curso 15 proyectos de investigación, y 2 aprobados para ser iniciados en esta vigencia. Algunos de estos financiados por el Ministerio de Ciencia y Tecnología y por Khiron. Durante la vigencia 2019 se formaron 8 profesionales en proyectos de investigación.
- **Convenios de Docencia-Servicio.** La institución cuenta con 13 convenios, 10 de ellos son de docencia servicio y 3 son convenios interinstitucionales y con cumplimiento de todos los soportes de ley. El CDFLLA ha participado en la formación del 22% de dermatólogos en Colombia. Convenios docencia servicio que están vigentes con: Universidad Del Rosario, Universidad Del Bosque, La Universidad De Sanitas, Universidad Militar, Universidad Mayor De Cundinamarca, Universidad Javeriana, Universidad Nacional, Universidad FUCS, Institución Técnica Campo Alto, Universidad Javeriana para Maestría de Bacteriología y 3 convenios interinstitucionales con: Universidad Javeriana, Universidad INCCA De Colombia, Institución Técnica Campo Alto.

6.6.8 Aspectos financieros

El CDFLLA tiene una autosostenibilidad del 85%, derivada de la demanda espontánea y un 15% de los aportes de la Nación.

- Se cuenta con Títulos de Tesorería de la Nación- TES por valor de compra de \$1.698,8 millones.
- Para 2020 se está trabajando totalmente bajo las Normas Internacionales de Información Financiera NIIF.
- El DAFP y el CDFLLA acuerdan trabajar en el marco de sus competencias, en el programa “Servimos” cuyo objeto es ofrecer a los servidores públicos tarifas preferenciales en los servicios ofrecidos por el CDFLLA. Con esta alianza se han favorecido a más de 1.000 funcionarios públicos.
- Análisis de los últimos 11 años de los cambios en las variables macroeconómicas que afectan los ingresos, costos y gastos de la Institución.

6.6.9 Retos

- Superar la crisis generada por el COVID-19 y continuar con la prestación de los servicios.
- Continuar siendo un Instituto Nacional, centro de excelencia, reconocido por nuestros pacientes, con una satisfacción superior al 96%.
- Mantener los logros y reconocimientos alcanzados.

- Implementar la Teledermatología en un 100%.
- Ser centro de referencia Nacional en atención de Cáncer de Piel.
- Integrarnos a las rutas de atención en el marco del MIAS.
- Continuar con innovación tecnológica, siendo reconocidos a nivel Nacional e Internacional.
- Implementar los estándares de Hospital Seguro de la ACHC.
- Lograr la implementación de estándares internacionales de calidad (JCI).
- Continuar siendo una E.S.E sostenible que equilibre su Responsabilidad Social con la Financiera.
- Generar conocimiento y ser modelo de excelencia que se replique en el diseño de la política pública asistencial, para otros ámbitos en la atención en el Modelo de Salud en Colombia.
- Ser reconocidos como el mejor Centro de Atención de Latinoamérica en materia cutánea.
- Implementar estándares de Hospital Digital.

6.7. SANATORIO DE AGUA DE DIOS

En el presente informe se muestran algunos resultados obtenidos en la ejecución de actividades enmarcadas dentro de la misión institucional de brindar servicios integrales en salud a los pacientes con enfermedad de Hansen y la prestación de servicios de baja y media complejidad a la población en general.

6.7.1 Plan Estratégico Institucional 2019-2022

En la vigencia 2019, se continuó cumpliendo con el Plan estratégico formulado para el cuatrienio anterior, siendo modificado conforme a la aprobación dada por la Junta Directiva Mediante Acuerdo No. 10.03.02 del 20 de septiembre de 2019, al Plan estratégico institucional denominado: “Actuando por el bienestar de nuestros usuarios y sus familias”, enfocado a seguir los nuevos lineamientos para el desarrollo y aporte del sector público a la garantía de los derechos de los ciudadanos colombianos, consignados a través del Plan de Desarrollo Nacional 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la equidad”, abarcando el sector salud, con la línea “Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos” y el sector público en general con la línea “Transformación de la Administración pública”; internamente se definieron los siguientes indicadores para propender por el aporte institucional al alcance de algunas de las metas propuestas para estas dos líneas, así:

Tabla 124. Indicadores

No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	META	LÍNEA BASE	Resultado a 31 de dic. 2019	ANÁLISIS DEL RESULTADO LOGROS Y DIFICULTADES
Gestión de Gerencia						
1	Grado de implementación del Sistema de Gestión Integral de acuerdo con las 7 dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Resultados de desempeño Institucional medido a través del FURAG	67,2	67,2	67,2	Logros: Los resultados de este indicador se miden con la calificación dada de evaluación y desempeño de la vigencia anterior, por lo tanto, el resultado al cierre no difiere de lo presentado en la línea de base, sin embargo, en arreglos institucionales se definieron planes de acción para alcanzar una calificación superior, en la evaluación de la vigencia 2019, cuyos resultados se obtendrán en la evaluación de 2020
Gestión Financiera y Administrativa						



No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	META	LÍNEA BASE	Resultado a 31 de dic. 2019	ANÁLISIS DEL RESULTADO LOGROS Y DIFICULTADES
2	Suficiencia patrimonial y financiera (Patrimonio).	(Patrimonio Total/Capital) x 100	98%	97,5%	103%	Logros: La suficiencia patrimonial de la entidad demuestra un comportamiento óptimo toda vez que su resultado estuvo por encima de la meta, demostrando con esto que la entidad cuenta con recursos que le permitan funcionar y prestar servicios con calidad. (Numerador: \$17.939.160.456/ Denominador: \$17.341.656.057)
Gestión Asistencial						
3	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de calificación acreditación.	0	0	0	Logros: Se inician actividades diagnósticas preparatorias a la aplicación de la hoja radar y la implementación de la ruta de acreditación para el proceso de autoevaluación de acreditación. Dificultad: Se identifica la meta de calificación de autoevaluación para el cuatrienio como alta, según el nivel de avance de la entidad, por lo que se sugiere ajuste a la meta del indicador en el horizonte del plan estratégico a 1,4 con un aumento de 0,2 en cada vigencia en la calificación de autoevaluación.
4	Oportunidad en la atención de los servicios de salud odontología general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita de primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas odontológicas asignadas.	3	1,28	1,46	Logros: El indicador planteado para la actividad corresponde al de Oportunidad de Odontología General. El cual se mantuvo dentro del estándar y por debajo de la línea de base. (Numerador:1.898 /Denominador: 1.299)
5	Tiempo de espera en minutos para la atención en consulta de urgencias para el paciente clasificado como Triage II.	Sumatoria de minutos transcurridos entre la solicitud de la atención en consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido en consulta por parte del médico / Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	30 minutos	22,9 minutos	21,9 minutos	Logros: Con una línea de base de 22,9 minutos, se planteó una meta de 30 minutos que es la establecida normativamente. Las variaciones se deben a dos temas fundamentalmente y es que hasta mitad de 2019 había 2 médicos de turno en urgencias las 24 horas, esto se ajustó a un médico, pero paralelamente se realizó la implementación de triage por Auxiliar de Enfermería a partir de octubre de ese año. (Numerador:56.547 / Denominador:2.572)



No.	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	META	LÍNEA BASE	Resultado a 31 de dic. 2019	ANÁLISIS DEL RESULTADO LOGROS Y DIFICULTADES
6	Reconocimiento de la infección subclínica en convivientes de pacientes Hansen del Municipio de Agua de Dios.	Número de convivientes con infección subclínica / Número de convivientes sintomáticos de piel y del sistema nervioso periférico	0%	0%	31%	<p>Logros: Se valoraron 175 convivientes de 171 pacientes caracterizados, correspondientes a pacientes del programa Hansen en el municipio. Esta valoración cubrió un 31% de los 570 de pacientes focalizados en el municipio de Agua de Dios. Los resultados de las valoraciones, serán tenidos en cuenta en las estadísticas de nuevas valoraciones, con lo cual permitan conclusiones en materia de salud pública</p>
7	Proporción Global de Satisfacción de Usuarios	(Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la entidad? / No. De usuarios que respondieron la pregunta) x 100	97,5%	97,5%	94%	<p>Logros: El resultado se mantiene dentro del estándar de la proporción global de satisfacción de usuarios que es superior o igual al 90%</p> <p>Dificultad: El resultado obtenido no fue correspondiente con la meta, quedando por debajo en el cumplimiento en un 3,5%.</p> <p>Analizando, se puede evidenciar que los usuarios presentaron inconformidad con el NUEVO procedimiento de TRIAGE, y sus tiempos de espera en las consultas clasificadas como III y IV. Por otra parte, la entrega de los medicamentos en el servicio de farmacia, proceso que fue ajustado y superado para el tercer trimestre.</p> <p>(Numerador:1.169 / Denominador:1.242)</p>
8	Reconocimiento de la infección subclínica en convivientes de pacientes Hansen de un departamento.	Número de convivientes con infección subclínica / Número de convivientes sintomáticos de piel y del sistema nervioso periférico.	0%	0%	0%	<p>Logros: La actividad planteada se encuentra en el marco de la ejecución de un proyecto de inversión que la institución viene desarrollando con recursos asignados para 2020 con el propósito de formular lineamientos que tiendan a la disminución del riesgo de contagio de la enfermedad de Hansen, en los convivientes de pacientes diagnosticados.</p> <p>Se realizará la programación para visita en el año 2020, de acuerdo a los términos del proyecto aprobado.</p>

Fuente: Informe de Gestión, Sanatorio de Agua de Dios Empresa Social del Estado, 2019

6.7.2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud–SOGCS

- **Habilitación.** El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. cuenta con 34 servicios de salud habilitados y certificados por la Secretaria Departamental de Salud de Cundinamarca, quedando un 1 servicio pendiente de verificación, según consta en el informe de visita 00368 del 10 de octubre 2018.
- **PAMEC.** Se plantearon las acciones con base en dos (2) Auditorías de Calidad, Auditorías Externas, Comité de Seguridad del Paciente, logrando realizar su cierre y cargue de los resultados a la SUPERSALUD (Circular Externa 012 de 2016), así:

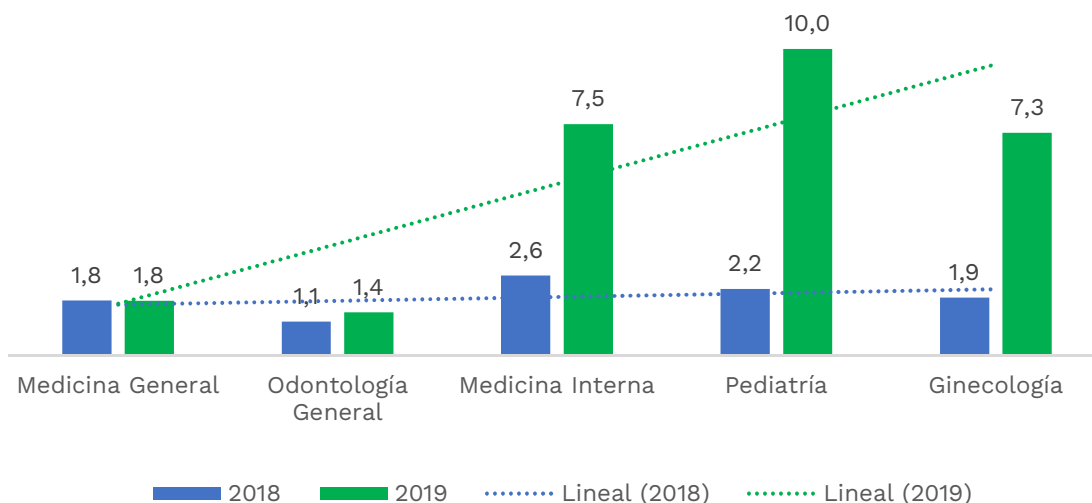
Tabla 125. PAMEC

ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS	AUDITORIAS INTERNAS PROGRAMADAS	AUDITORIAS INTERNAS EJECUTADAS	DOCUMENTOS SOPORTE	PROCESOS ESTANDARIZADOS
15	12	2	2	6	5

Fuente: Archivo tipo ST002: aplicación del PAMEC IPS pública-SUPERSALUD

- **Sistema de información para la calidad.** A través de los indicadores trazadores establecidos en la resolución 256 de 2016 se evalúa el desempeño y resultados de la institución. En los indicadores de oportunidad en la atención se evidencio una desviación del tiempo promedio de la espera para la asignación de cita por medicina interna, pediatría y ginecología de primera vez, lo que obedece a que en el año 2018 y parte de 2019 las agendas no se encontraban abiertas de manera permanente.

Ilustración 55. Indicador de oportunidad primera vez, 2018-2019



Fuente. Resolución 0256 de 2016 (SIHO)

- **Acreditación.** Según registros el Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. realizó las autoevaluaciones de los estándares del Sistema Único de Acreditación sin

soportes de las acciones de la Ruta Crítica, ni despliegue del PAMEC, por esta razón y en atención de la necesidad de dar cumplimiento al SUH se reformula el PAMEC 2020 con enfoque de Seguridad del Paciente.

6.7.3 Programación y Ejecución Presupuestal

El Sanatorio de Agua de Dios E.S.E. tiene dos fuentes de ingreso para financiar la totalidad de sus gastos: los aportes del presupuesto general de la Nación 87% y los recursos propios 13%. Los recaudos por concepto de aportes de la Nación se han venido manteniendo estables con un nivel de ejecución de 98,8% en el 2019 y 40,3% con corte mayo de 2020.

Tabla 126. Ingresos (en millones de \$)

CONCEPTOS INGRESOS	2019 diciembre			CONCEPTOS INGRESOS	2020 mayo		
	Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución		Ppto. definitivo	Recaudo	Nivel de ejecución
Disponibilidad inicial	\$372,7	\$359,6	96,5%	Disponibilidad inicial	\$ 892,3	\$ 1.274,9	142,9%
Venta de servicios a usuario final	\$85,0	\$92,6	108,9%	Venta de bienes y servicios	\$ 5.449,4	\$ 1.828,8	33,6%
Venta de servicios a otras empresas	\$4.000,0	\$3.466,4	86,7%	Transferencias corrientes	\$ 41.627,3	\$ 16.762,6	40,3%
Otros ingresos de explotación	\$1.644,8	\$983,5	59,8%	Recursos de capital	\$ 41,3	\$ 15,6	37,8%
Aportes	\$40.396,3	\$39.914,3	98,8%				
Otros ingresos corrientes	\$00,0	\$21,4					
Ingresos de capital	\$30,0	\$47,0	156,7%				
TOTAL	\$46.528,9	\$44.884,9	96,5%	TOTAL	\$48.010,4	\$19.881,9	41,4%

Fuente: Gestión Financiera, Sanatorio de Agua de Dios empresa social del Estado, 2019

El nivel de ejecución del presupuesto de gastos presento una ejecución del 94,8% en el 2019 lo que permite establecer que se efectúa una adecuada programación presupuestal acorde con las necesidades reales de la entidad, aplicando políticas de racionalización del gasto y con corte mayo de 2020 este nivel se encuentra en el 41%; estimando que, si el comportamiento si se mantiene en 2020, se tendría una tendencia similar a la alcanzada al cierre de 2019.

Tabla 127. Egresos (millones de \$)

CONCEPTOS EGRESOS	2019 Diciembre			CONCEPTOS EGRESOS	2020 mayo		
	Ppto. definitivo	Valor ejecut.	Porcentaje ejecutado		Ppto. definitivo	Valor ejecutado	Porcent. ejecut.
Gastos de personal	\$10.663,3	\$10.471,2	98,2%	Gastos de personal	\$10.809,5	\$ 3.916,5	36,2%
Gastos generales	\$2.715,9	\$2.050,2	75,5%	Adquisición de bienes y servicios	\$2.756,9	\$ 1.064,9	38,6%
Transferencias corrientes	\$28.769,2	\$28.390,2	98,7%	Transferencias corrientes	\$29.062,8	\$ 12.368,2	42,6%

CONCEPTOS EGRESOS	2019 Diciembre			CONCEPTOS EGRESOS	2020 mayo		
	Ppto. definitivo	Valor ejecut.	Porcentaje ejecutado		Ppto. definitivo	Valor ejecutado	Porcent. ejecut.
Operación comercial	\$1.725,2	\$1.181,8	68,5%	Gastos por tributos, multas, sanciones e intereses de mora	\$117,1	\$ 110,3	94,2%
Inversión	\$1.936,0	\$1.806,4	93,3%	Gastos de operación comercial	\$1.633,8	\$ 694,9	42,5%
Cuentas por pagar y reservas	\$202,3	\$202,3	100,0%	Inversión	\$2.631,2	\$ 1.377,9	52,4%
Disponibilidad final	\$516,8	\$00,0	00,0%	Cuentas por pagar y reservas	\$133,0	\$ 133,0	100,0%
				Disponibilidad final	\$866,1	\$ 0,0	0,0%
TOTAL	\$46.528,9	\$44.102,1	94,8%	TOTAL	48.010,4	\$ 19.665,6	41,0%

Fuente: Gestión Financiera, Sanatorio de Agua de Dios empresa social del Estado, 2019

6.7.4 Gestión de Subsidios

A corte 31 de diciembre de 2019 se registran un total de 2.820 pacientes con derecho al subsidio por tratamiento Hansen y al corte de mayo de 2020 se ubican en 2.813 pacientes presentando una variación de 0,2%. Sobre el tema de control al pago de subsidio por enfermedad de Hansen, es importante resaltar que se ajustaron procesos de control al momento del giro.

Tabla 128. Subsidios

Concepto	31 DE DIC. DE 2019	30 DE MAYO DE 2020	VARIACIÓN ABSOLUTA	VARIACIÓN %
VALOR DE LA NÓMINA SUBSIDIOS	\$2.354.268.943	\$2.463.993.021	\$109.724.078	-4,7%
INSCRITOS	2.820	2.813	7	0,2%
# BENEFICIARIOS APTOS PARA PAGO	2.794	2.787	7	0,3%
# BENEFICIARIOS NO PAGOS	26	26	0	-0,0%
LOCALES	528	515	13	2,5%
DOMICILIOS	332	316	16	4,8%
ALBERGADOS	196	199	-3	-1,5%
BOYACA	121	128	-8	-5,8%
SAN VICENTE	43	43	0	0,00%
OSPINA	32	28	4	12,5%
NACIONALES	2.292	2.298	-3	-0,3%
ADJUDICACIONES TOTALES ANUALES	77	37	49	51,9 %
PÉRDIDAS DEL DERECHO EN EL PERIODO	1	0	1	100,00%

Fuente: Oficina subsidios Sanatorio de Agua de Dios, E.S.E

6.8. SANATORIO DE CONTRATACIÓN

Dando cumplimiento de la misión y objeto social asignada al Sanatorio de Contratación E.S.E, durante el periodo 2019-2020 prestó servicios de salud de baja complejidad a los enfermos de Hansen (lepra) y también a la población en general del municipio de Contratación Santander.

Los servicios habilitados e inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS se presentan a continuación:

Tabla 129. Servicios

GRUPO DEL SERVICIO	COD.	NOMBRE SERVICIO
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	739	Fisioterapia
	739	General adultos
	706	Medicina general
	710	Tamización de cáncer de cuello uterino
	714	Toma de muestras de laboratorio clínico
	741	Toma e interpretación de radiografías odontológicas
	729	Transporte asistencial básico
Consulta externa	308	Dermatología
	312	Enfermería
	328	Medicina general
	328	Medicina interna
	328	Nutrición y dietética
	329	Obstetricia
	329	Odontología general
	333	Ortopedia y/o traumatología
	334	Protección específica-atención al recién nacido
	339	Protección específica-atención del parto
	339	Psicología
Internación	344	Servicio farmacéutico
	101	General adultos
	101	General pediátrica
	102	Laboratorio clínico
	112	Ortopedia y/o traumatología
Protección específica y detección temprana	909	Detección temprana-alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)
	910	Detección temprana-alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)
	908	Radiología e imágenes diagnósticas
	907	Servicio de urgencias
Urgencias	501	Terapia respiratoria

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS, 2020.

Se adelantaron capacitaciones a profesionales de la salud en la investigación de campo y estudio de contactos y/o convivientes, intensificando la visita epidemiológica de campo ante todo caso de lepra; promoción de la búsqueda activa comunitaria (BAC) de Sintomáticos de Piel y Sistema Nervioso Periférico a través de la visita de convivientes como estrategia de prevención; acciones tendientes a Incentivar en el Personal de Salud el espíritu crítico, capacidad de discernimiento y tomas de decisiones en problemas operativos relacionados con la Enfermedad de Hansen, recomendaciones para optimizar la operatividad de los Programas de Hansen a nivel Territorial y asistencia técnica a los diferentes referentes de entidades de los departamentos de Santander y Boyacá establecidos en los Lineamientos Nacionales.

Se capacitaron en examen clínico para la búsqueda activa de Sintomáticos de Piel y Sistema Nervioso Periférico, diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz, prevención/ manejo de recidivas, discapacidades e intervenciones de reacciones en la consulta Médica y de enfermería búsqueda pasiva entre los convivientes de los pacientes, a Médicos generales, enfermeros profesionales, fisioterapeutas, bacteriólogos, psicólogos, odontólogos, auxiliares de enfermería, pacientes y convivientes, mediante convenios suscritos con la Secretaría de Salud de Santander y Secretaría de Salud del Departamento de Boyacá.

Se coordinó y prestó el servicio de curación a pacientes externos y albergados. Se adelantaron actividades para celebrar el día mundial de lucha contra la enfermedad de Hansen, con el apoyo de la Gerencia y los funcionarios del Sanatorio.

Durante 12 al 15 de noviembre de 2019 se realizó la semana de la fraternidad, con el desarrollo de actividades enfocadas a la integración de los pacientes de Hansen, con los funcionarios y comunidad. Periódicamente se realizan actividades de RBC con los pacientes de Hansen.

Además, en la vigencia 2019 se adelantaron a nivel del programa Hansen Jornadas de Medicina Interna, Ortopedia y Oftalmología dirigidas a los pacientes de Hansen y comunidad del régimen subsidiado; de igual forma se gestionó ante otros niveles de atención consultas y exámenes especializados requeridos para el bienestar de los pacientes albergados, así como material para la elaboración de calzado, ayudas técnicas para la rehabilitación de los pacientes a la Asociación Alemana-DAHW.

El 31 de enero de 2020, se realizó “Taller de Entrenamiento Personalizado, Diagnóstico y Valoración Neurológica Simplificada para el paciente enfermo de Hansen”, dictado por el doctor Libardo Gómez–funcionario de la Asociación

Alemana de Asistencia al Enfermo con Lepra y Tuberculosis–DAHW; el cual estuvo dirigido a personal del área asistencial de la entidad, municipios aledaños y entidades a quienes les fue extendida la invitación.

Se ha venido prestando el servicio de albergue (servicio médico, alimentación, alojamiento y ropería) a un promedio de sesenta y dos (62) enfermos de lepra con altos grados de discapacidad, a través de los albergues María Mazzarello para mujeres y San Juan Bosco para hombres.

En la vigencia 2019, como nuevos subsidios fueron adjudicados 25 y en 2020 con corte a 31 de marzo se cuenta con 19. La entidad giró un promedio mensual 934 subsidios a enfermos de lepra, el cual es equivalente a un (1) Salario Mínimo Mensual Legal Vigente, realizando pagos por:

Tabla 130. Subsidios

VIGENCIA	VALOR PAGADO SUBSIDIOS ENFERMOS DE LEpra	SUBSIDIOS PAGADOS POR VIGENCIA
2019	\$9.279.426.235	11.204
2020 (a 31 de mayo)	\$4.042.312.075	4.605

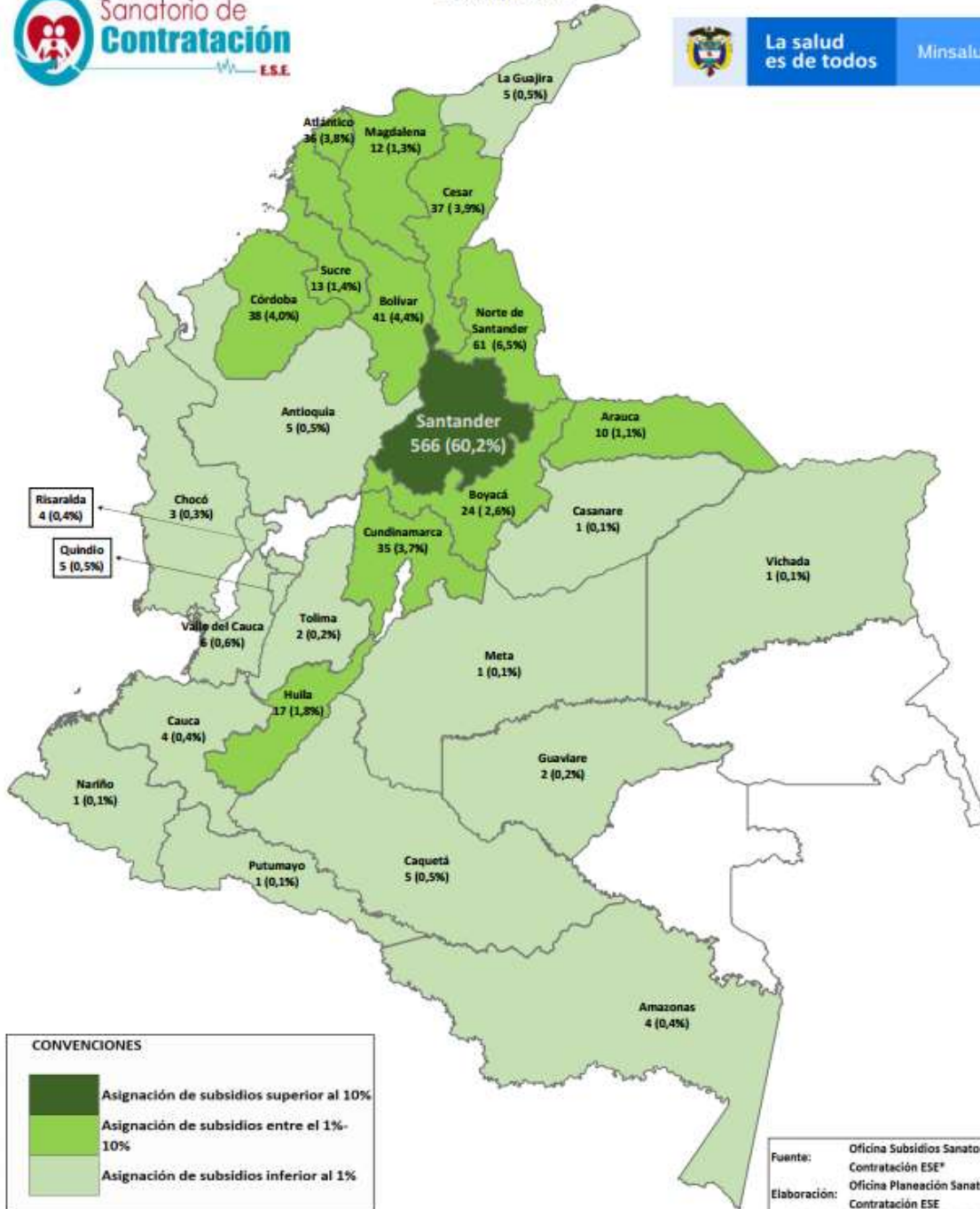
Fuente: Oficina Subsidios, Sanatorio de Contratación E.S.E.

En la siguiente ilustración se presenta la frecuencia y porcentaje de subsidios adjudicados mediante el Sanatorio de Contratación E.S.E en el país:



Ilustración 56. Subsidios

ASIGNACIÓN DE SUBSIDIOS ENFERMOS DE HANSEN - SANATORIO DE CONTRATACIÓN E.S.E



CONVENIONES

- Asignación de subsidios superior al 10%
- Asignación de subsidios entre el 1%-10%
- Asignación de subsidios inferior al 1%

Fuente: Oficina Subsidios Sanatorio de Contratación ESE*
 Elaboración: Oficina Planeación Sanatorio de Contratación ESE
 * Subsidios asignados a 30 de septiembre de 2019

6.8.1 Prestación de servicios de salud de primer nivel

En el periodo 2019-2020, se prestaron servicios de primer nivel a la población en general afiliada a EPS y ARS con presencia en el municipio de Contratación así:

Tabla 131. Prestación de servicios

Concepto	2019	2020
Dosis de biológico aplicadas	1.477	260
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	318	105
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	757	112
Citologías cervicovaginales tomadas	464	84
Consultas de medicina general electivas realizadas	9.141	1.975
Consultas de medicina general urgentes realizadas	1.493	397
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	438	0
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	206	100
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	533	123
Número de sesiones de odontología realizadas	4.065	944
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	263	42
Sellantes aplicados	222	2
Superficies obturadas (cualquier material)	2.350	603
Exodoncias (cualquier tipo)	271	67
Partos vaginales	4	0
Partos por cesárea	0	0
Total de egresos	187	42
...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	4	0
...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	183	42
Pacientes en Observación	459	178
Total de días estancia de los egresos	943	254
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	7	0
...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	936	254
Total de días cama ocupados	946	254
Total de días cama disponibles	7.774	2002
Exámenes de laboratorio	15.185	2710
Número de imágenes diagnósticas tomadas	1.083	231
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	495	9
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	4.016	77
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	960	1.509
Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales - PIC-	218	0
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	73	0

Fuente: Informe de Hospitales <https://prestadores.minsalud.gov.co/SIHO/work.aspx> corte 31 de marzo de 2020

6.8.2 Transparencia y, Participación y Servicio al Ciudadano

En esta política la entidad cumplió con los lineamientos establecidos en el Plan Institucional Anticorrupción, adelantó procesos de publicación de información pública de tipo presupuestal, contable y contractual, a través de la página institucional www.sanatoriocontracion.gov.co; generó espacios de diálogo con la comunidad a través de la realización pública de rendición de cuentas, realizadas el 14 de mayo y el 21 de noviembre de 2019.

6.8.3 Gestión del Talento Humano

Durante el periodo 2019-2020, se han llevado a cabo eventos de capacitación, a los funcionarios de la entidad, en los siguientes temas:

Tabla 132. Eventos

Capacitación	Participantes
Organización documental de archivos	80
Seguridad informática	65
Plan hospitalario	55
Salud mental en los pacientes con lepra, RBC	60
Protocolos de enfermería	45
Contratos con EPS – trabajo en equipo – humanización en salud – atención al cliente	33
Protocolo de limpieza y desinfección de hospitalización	66
Retroalimentación de normas de bioseguridad	62
Seguridad del paciente, eventos adversos	68
Talle manejo de elementos cortopunzantes, uso de elementos de protección personal y riesgo biológico	75
Elaboración inventario documental – archivo de gestión	80
Manejo de historias clínicas, programas, glosas PyP	45
Protocolo salud pública	38
Riesgo psicosocial	88
Soporte vital básico	44
Manejo de equipos biomédicos	20
Preparación de alimentos (dietas)	22
Manejo de equipos biomédicos, protocolo dengue, tuberculosis, diabetes	35
Servicio al cliente – derechos y deberes de los usuarios	52
Cultura organizacional – medición clima laboral – motivación personal	88

Fuente: Sanatorio de Contratación

6.8.4 Eficiencia Administrativa

Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, se efectúa el monitoreo de la oportunidad en la prestación de servicios de salud; los resultados de los principales indicadores de oportunidad son los siguientes:

- Oportunidad en la consulta de medicina general (días calendario): 0,64 días con un máximo aceptable Circular Única de la Superintendencia de Salud de 5 días.
- Oportunidad en la consulta de odontología (días calendario): 0,94 días con un máximo aceptable Circular Única de la Superintendencia de Salud de 5 días.
- Oportunidad en la atención inicial de urgencias TRIAGE II (minutos): 17,64 minutos, con un máximo aceptable Circular Única de la Superintendencia de Salud de 30 minutos.
- Oportunidad en la Atención en servicios de Imagenología (días): 1 día con un máximo aceptable Circular Única de la Superintendencia de Salud.
- Oportunidad en la toma de muestras de laboratorio clínico (días): 1 días, con un máximo aceptable Circular Única de la Superintendencia de Salud.
- Tasa de infecciones intrahospitalarias (casos presentados): 0 Casos de infecciones intrahospitalarias por cada 100 hospitalizados.
- Proporción de vigilancia de eventos adversos: el 100% de eventos adversos reportados fueron investigados y se hace monitoreo de las acciones planteadas.

6.8.5 Gestión Financiera

La programación presupuestal de cada vigencia fiscal se efectúa acorde con los lineamientos fijados cada año a través de las directrices de los entes gubernamentales. El Sanatorio de Contratación E.S.E. tiene dos fuentes de ingreso para financiar la totalidad de sus gastos las cuales corresponden a los aportes del Presupuesto General de la Nación y los recursos propios. A nivel presupuestal la entidad alcanzó en el periodo 2019-2020 los siguientes porcentajes de ejecución:

Tabla 133. Ingresos

VIGENCIA	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL
2019	99,24%
2020	40% (a mayo 31)

Fuente: Ejecuciones presupuestales vigencias 2019 y 2020

Tabla 134. Gastos

VIGENCIA	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL
2019	98,02%
2020	42% (a mayo 31)

Fuente: Ejecuciones presupuestales vigencias 2019 y 2020

6.9. FONDO DE PREVISIÓN SOCIAL DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA-FONPRECON

El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República–FONPRECON presenta el siguiente informe que está compuesto de los siguientes apartes:

6.9.1 Afiliación, reconocimiento y pago de prestaciones económicas

El Fondo del Congreso dirige, ejecuta y controla las funciones relacionadas con el reconocimiento de las prestaciones económicas de los afiliados y sus servicios están dirigidos a los Congresistas, los empleados del Congreso y los empleados del Fondo que presten sus servicios en empleos de carácter permanente.

Se consolidó la historia laboral para 9.649 personas, en donde se incluyen los activos cotizantes y los inactivos (registro histórico), cuyas anotaciones contienen periodos desde enero de 1992 hasta abril de 2020 y se continuará con la labor hasta abarcar todos los periodos desde marzo de 1986, fecha de inicio de operaciones de la entidad.

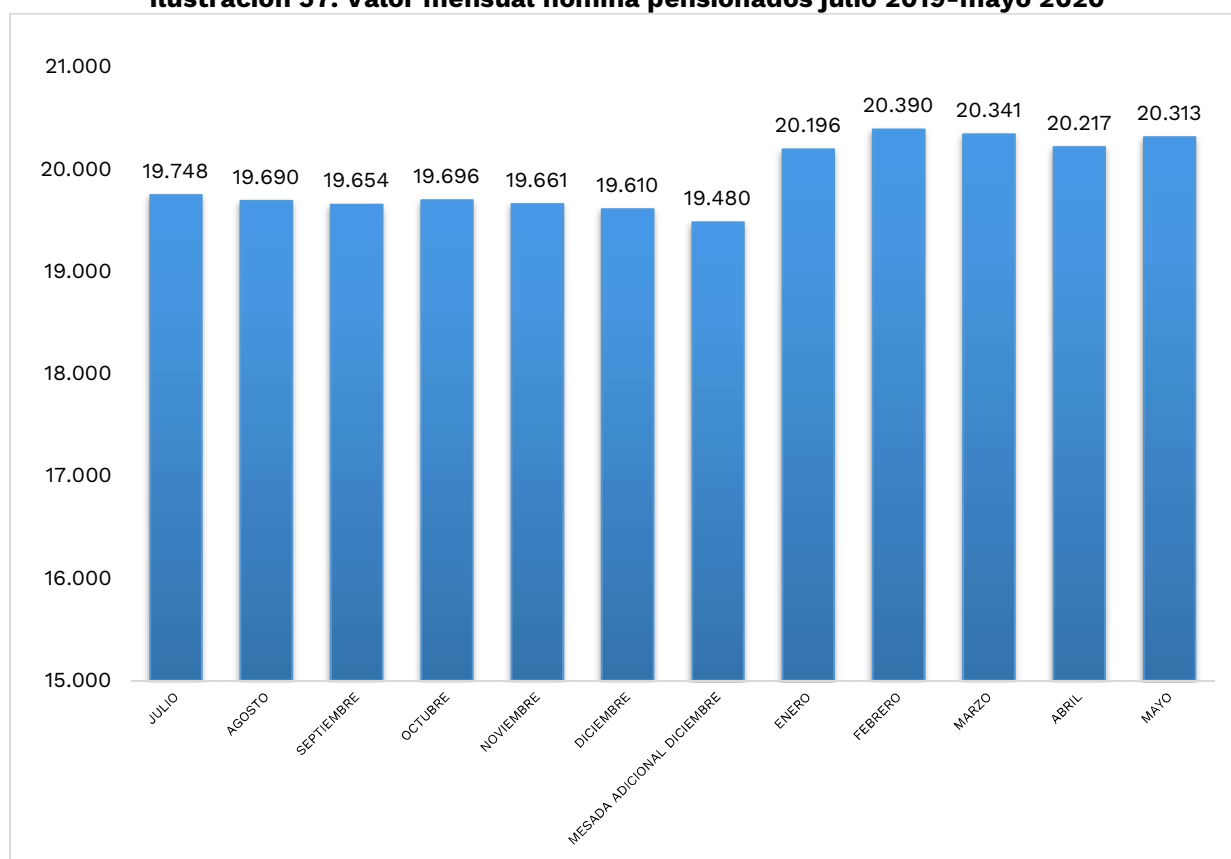
La Historia laboral es el resumen de los aportes pensionales de los afiliados pagados por los empleadores Cámara de Representantes, Senado de la República, FONPRECON y los provenientes de los fondos privados con ocasión al traslado de régimen. Contiene datos como: Salario, ingreso base de cotización, valor de cotización obligatoria, días laborados, descuentos de solidaridad y subsistencia y semanas cotizadas.

El Fondo tiene la misión de efectuar el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas de sus afiliados, esto es, de los Congresistas, de los empleados del Congreso y de los empleados del mismo fondo; prestaciones relacionadas con la pensión de vejez, invalidez, muerte; indemnizaciones sustitutivas, sustituciones, auxilios funerarios, además del pago de las cesantías.

Así mismo, gestiona los trámites de calificación de pérdida de capacidad laboral ante las entidades competentes y revisa los reembolsos solicitados por las entidades del Sistema de Seguridad Social, de acuerdo con las competencias asignadas en el Decreto Ley 019 de 2012 en armonía con el Decreto 1352 de 2013.

Respecto de la nómina de pensionados, registra y controla las novedades que la afectan, y durante el periodo julio de 2019-mayo de 2020, se liquidó por concepto de mesadas, un total de \$238.996 millones, con un número de pensionados que pasó de 2.390 a 2.363, correspondiente a una disminución del 1,13%, causada por fallecimiento o extinción del derecho; sin embargo, en términos de valor mensual, en julio de 2019 se pagaron \$19.748 millones y \$20.313 en mayo de 2020, es decir, se evidencia un incremento nominal del 2,86%, por debajo de la tasa de inflación del 3,8% aplicada a 1.898 pensionados, y la tasa de incremento de salario mínimo del 6% aplicada a 463 pensiones de tope de 25 SMLMV.

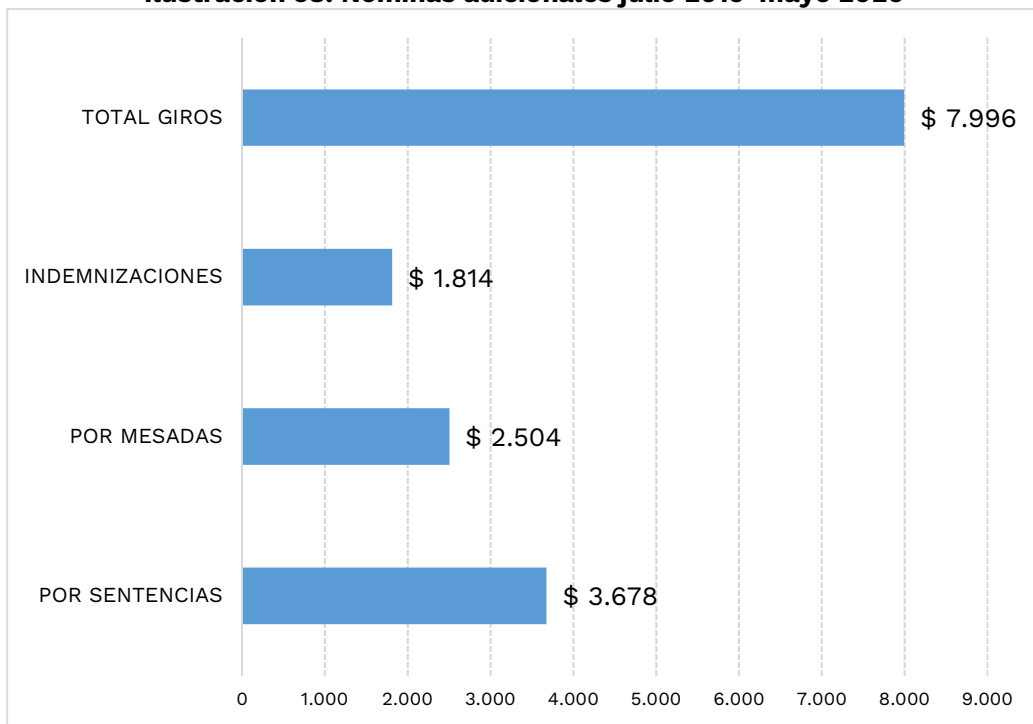
Ilustración 57. Valor mensual nómina pensionados julio 2019-mayo 2020



Fuente: Nómina FONPRECON

Otro concepto por el cual se procesan pagos en la nómina de pensionados, son los acatamientos de sentencias judiciales, retroactivas o diferencias de mesadas pensionales e indemnizaciones sustitutivas, las cuales durante el periodo ascendieron a \$7.996 millones, como se indica en la siguiente ilustración:

Ilustración 58. Nóminas adicionales julio 2019–mayo 2020



Fuente: Nómina FONPRECON

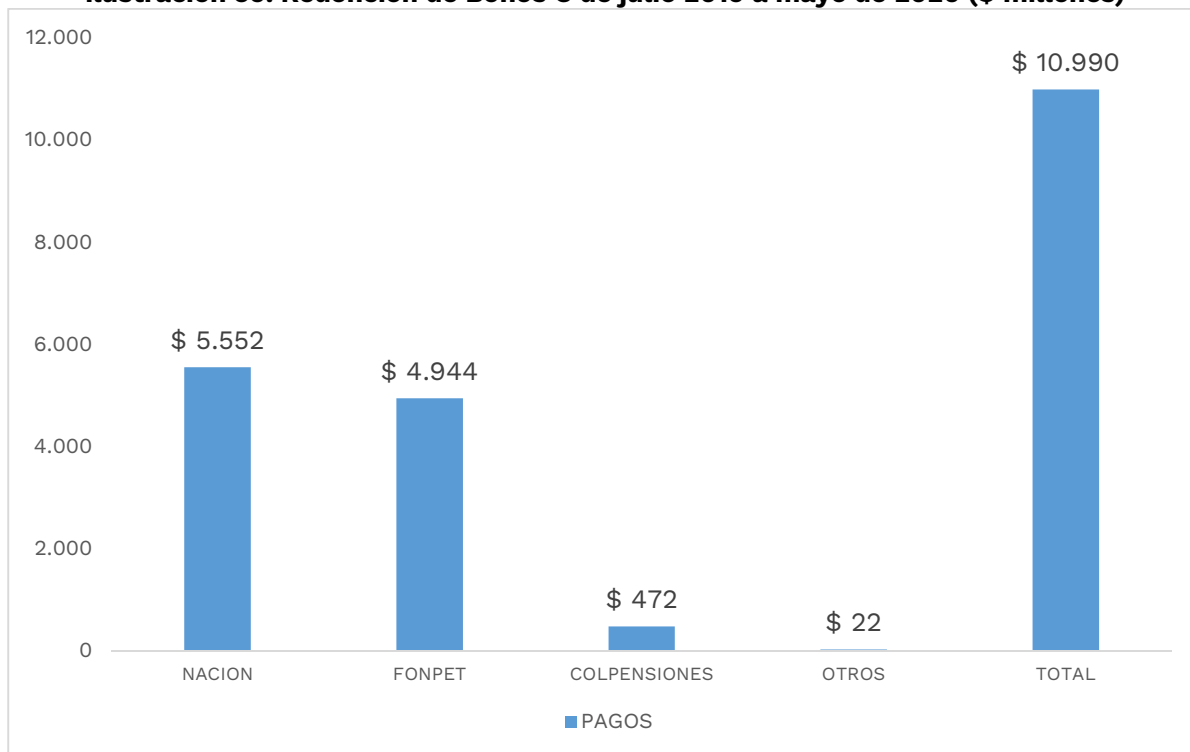
Por lo anterior, el valor total liquidado en la nómina de pensionados, de julio de 2019 a mayo de 2020, corresponde a \$246.992 millones

El reconocimiento y pago de las pensiones realizadas por FONPRECON, tiene distintas fuentes de financiación, como ya se dijo, bonos pensionales, cuotas partes y aportes pensionales; respecto de bonos pensionales, 673 pensiones se financian con dicho mecanismo.

Los bonos pensionales tipo C1 y C2 son aportes destinados al pago de las pensiones reconocidas por FONPRECON, pueden tener varios contribuyentes según su proporción en la historia laboral, su valor es calculado a una fecha de corte posterior a la entrada en vigencia del Sistema de Seguridad Social en Pensiones y devengan una tasa real de rendimiento de 4% + el IPC; estos fueron creados mediante el Decreto 816 de 2002, en donde los C1 financian las pensiones de los exfuncionarios y los C2 de los excongresistas.

Durante el periodo de julio de 2019 a mayo de 2020, se obtuvieron redenciones de bonos por \$10.990 millones, distribuidos (como se observa en la siguiente ilustración) según los responsables de cada cupón, ya que un bono puede tener además de un emisor, varios contribuyentes.

Ilustración 59. Redención de Bonos C de julio 2019 a mayo de 2020 (\$ millones)



Fuente: Subdirección Prestaciones Económicas FONPRECON

6.9.2 Gestión Cartera 2019–2020 (mayo)

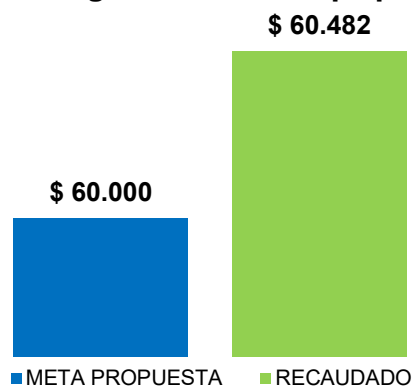
La cartera del Fondo de Previsión Social del Congreso de la República corresponde a las acreencias por concepto de cuotas partes pensionales y por cuotas partes de bonos pensionales, originadas por el pago de mesadas pensionales, que deben ser canceladas por los entes concurrentes de esas obligaciones pensionales.

El cobro de la cartera de FONPRECON tiene dos instancias a saber: El cobro persuasivo el cual inicia con la remisión mensual de una cuenta de cobro a las entidades deudoras por cada pensionado, y el cobro coactivo el cual se inicia si una vez agotadas las gestiones administrativas correspondientes, no se recibe el pago de la cuenta de cobro, el Funcionario Ejecutor de Fondo procederá a iniciar el cobro por esta vía.

La cartera de cuotas partes pensionales se cobró mensualmente a través de cuentas de cobro por correo físico. A diciembre de 2019 se remitieron a 230 entidades, que corresponden a 1.270 cuentas, por valor promedio facturado mensual de \$3.100 millones. La cartera de bonos pensionales se origina luego de reconocida la pensión, la cual se financia por este sistema y se cobra inmediatamente.

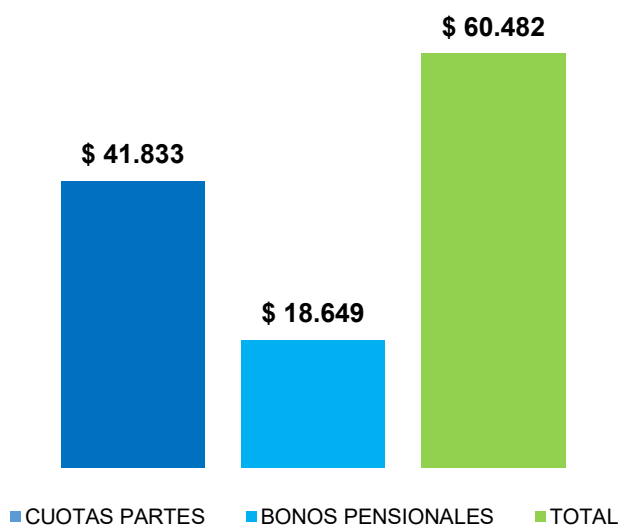
A continuación, se muestra el recaudo de la cartera en 2019:

Ilustración 60. Recaudos cartera vigencia 2019. Meta propuesta / recaudado (\$millones)



Fuente: Grupo de Cartera FONPRECON

Ilustración 61. Recaudos de cartera por concepto vigencia 2019 (\$ millones)



Fuente: Grupo de Cartera FONPRECON

Como se observa en la ilustración anterior, en 2019 se recaudaron \$60.482 millones, de los cuales \$41.833 millones, son de cuotas partes pensionales y \$18.649 millones, por concepto de bonos pensionales, cumpliéndose con el 101% de la meta establecida para la ese año, no obstante, se denota una reducción en el total recaudado, en comparación con el año anterior, en razón a que, en 2019, se redujeron los recaudos por concepto de cuotas partes pensionales.

Lo anterior, como consecuencia a la entrada de la vigencia del artículo 357 de la Ley 1819 de 2016 y la Resolución 4018 de 2017, que condicionó la apertura de los procesos coactivos, previo agotar el procedimiento de la citada resolución expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público e igualmente por vía

persuasiva, cuyos pagos están sujetos a la suscripción del acuerdo de pago con recursos FONPET, cuando la entidad no paga con recursos propios.

El procedimiento indicado en la citada norma, establece que la entidad deudora cuenta con seis (6) meses para suscribir acuerdo de pago con recursos FONPET, contados a partir de la constitución de la reserva por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, lo que implica que mientras no se cumpla ese plazo, no se pueden iniciar los procesos de cobro por la vía coactiva.

El recaudo de cartera por bonos pensionales en 2019, se mantuvo en comparación con el año anterior, producto del trámite realizado respecto del procedimiento para el desembolso con recursos FONPET, lo que ha motivado a las entidades a reconocer los cupones y pagar por este medio.

FONPRECON en 2019, efectuó 45 mesas de trabajo con entidades deudoras para revisar, depurar y conciliar la deuda e indicar el procedimiento establecido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para suscribir acuerdos de pago con recursos FONPET, logrando el desembolso de recursos de trece (13) entidades por valor total \$16.523 millones.

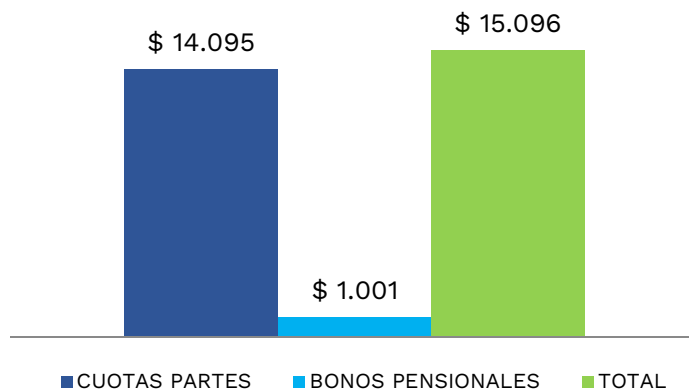
El proceso anterior, ha presentado inconvenientes por las diferencias que presentan las liquidaciones generadas por el aplicativo de PASIVOCOL, por cuanto este no incluye factores tales como el aumento de la mesada pensional de los congresistas ajustada a los 25 SMMLV y las variaciones por diversas circunstancias como: reliquidaciones, cambio o suspensión de la mesada pensión, situación que implica a las entidades ingresar al aplicativo de manera manual el valor de las mesadas pagadas.

De otra parte, FONPRECON, con el fin de confirmar los saldos de los estados financieros registrados en las cuentas por cobrar, efectuó circularización de cartera a 305 entidades que presentaban saldo con corte a 30 de noviembre de 2019. Igualmente, para efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución 037 de 2018 de la Contaduría General de la Nación-CGN, se envió la comunicación anticipada, con el valor de la deuda en mora, para efectos de remitir el reporte de deudores morosos a la citada entidad, el cual se reportó el 7 de diciembre de 2019 y un total de 245 entidades.

Respecto de las cuotas partes por pagar, FONPRECON figura como concurrente, entre otras entidades, ante: Metrosalud, Gobernación de Caldas, Pensiones de Antioquia. Unidad Administrativa Especial de Pensiones del Departamento de Cundinamarca, Municipio de Villavicencio, Municipio de Santiago de Cali y Gobernación del Putumayo, para los cuales se realizó el pago respectivo.

A continuación, se informa el recaudo de la cartera en 2020 con corte a mayo:

Ilustración 62. Recaudos a 30 de mayo de 2020 (\$ millones)



Fuente: Grupo Cartera FONPRECON

En 2020, como en el período anterior, el Fondo adelantó los procesos de cobro de la cartera, mediante la facturación mensual de las cuotas partes causadas, boletín de deudores morosos, envío mensual del estado de cuenta total, reuniones a través de mesas de trabajo, para conciliar y depurar la deuda que registra cada entidad y acompañamiento a las entidades en los procesos de liquidación de la deuda en el aplicativo PASIVOCOL para suscribir acuerdos de pago con recursos FONPET.

Debido a la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional, FONPRECON, en aras de continuar con el cobro y recaudo de la cartera, realiza mesas de trabajo de forma virtual, igualmente utiliza con mayor frecuencia los medios electrónicos para el envío de los cobros y respuesta a los requerimientos efectuados por las diferentes entidades.

6.9.3 Gestión Jurídica

La gestión jurídica de la entidad está orientada a: Ejercicio de la Defensa Judicial, Extrajudicial, Administrativa y en acciones constitucionales, Coordinación del Comité de Conciliación y Defensa Judicial, Ejercicio del cobro coactivo.

- **Actividad del comité de conciliación y defensa judicial vigencia 1º de julio de 2019 hasta 30 de mayo de 2020:** Durante el período que se informa, el Comité sesionó en 11 oportunidades realizando el análisis de 59 casos así:

- ✓ Conciliación prejudicial: 8
 - ✓ Conciliación judicial :16 (se decidió conciliar en 4 casos)
 - ✓ Estudio procedencia Acción de repetición: 12 (en ninguno resultó procedente la interposición)
 - ✓ Sede de estudio: 23 (análisis informes pago de sentencias, política de prevención del daño antijurídico, modificación criterios de decisión liquidación indemnización sustitutiva y pensión de veje, estudio de sentencias favorables revocadas, entre otros)
- **Actualización política de prevención del daño antijurídico.** Para la vigencia 2020 la Política fue actualizada y aprobada por la Agencia de Defensa Jurídica del Estado por ajustarse a los lineamientos definidos, mediante Resolución 075 del 19 de febrero de 2020 fue adoptada por FONPRECON.
 - **Defensa judicial.** El proceso de Gestión jurídica tiene a su cargo la Representación del Fondo ante las instancias judiciales y administrativas, tanto en los procesos instaurados por la entidad como en aquellos en que figura como demandada.
 - **Consolidado de procesos en curso.** A 31 de mayo de 2020, el Fondo de Previsión Social del Congreso registra 543 procesos judiciales activos; en los de naturaleza penal actúa en nueve (9) procesos y fue integrada al litisconsorcio en 103 procesos de nulidad adelantados contra la Comisión Nacional del Servicio Civil, discriminados así:
 - ✓ Procesos instaurados por FONPRECON: 274
 - ✓ Procesos en contra de FONPRECON: 166
 - ✓ Procesos penales: 9
 - ✓ Procesos instaurados contra la Comisión Nacional del Servicio Civil en los cuales se integró a FONPRECON: 103
 - **Demandas lesividad de julio de 2019 a mayo de 2020.** FONPRECON instauró en el periodo informado, 10 demandas en ejercicio del Medio de Control de Nulidad y Restablecimiento del Derecho en la modalidad de Lesividad como a continuación se relaciona:
 - **Procesos en los cuales FONPRECON actúa como demandado.** En el periodo informado la entidad fue notificada de un total de 26 demandas clasificadas así, según su causa:
 - ✓ Reliquidación o reconocimiento pensional: 8
 - ✓ Cobro o asignación de cuotas partes:5
 - ✓ Sustitución pensional o pensión de sobrevivientes: 4
 - ✓ Ineficacia traslado de régimen pensional: 4
 - ✓ Aplicación ajuste Sentencia C-258 de 2013: 2

- ✓ Recurso de Revisión: 1
 - ✓ Contrato de realidad: 1
 - ✓ Cumplimiento de fallo: 1
- **Sentencias.** Durante la vigencia informada, se profirieron 63 sentencias en los procesos en que FONPRECON es parte, 54 de las cuales quedaron en firme y ejecutoriadas. De las 54 sentencias en firme 42 fueron favorables a la entidad lo que equivale a una tasa de éxito procesal del 77,7%. Es de resaltar que aquellas sentencias que afectan el indicador no son atribuibles a deficiencias en la gestión judicial, como sí, a decisiones en las que se discute una pensión de sobrevivientes, que se caracterizan por la pérdida de competencia de la entidad quien debe declarar controversia entre pretendidos beneficiarios para que en sede judicial se dirima y decisiones de NO apelar en sede de estudio del Comité de Conciliación y Defensa Judicial e interpretación normativa por parte de los jueces.
 - **Acciones de lesividad Ley 797 de 2003.** El Fondo de Previsión Social del Congreso de la República con anterioridad a la expedición de la sentencia C-258 de 2013, había adelantado la gestión de revisión de reconocimientos pensionales pretéritos, encontrando reajustes concedidos en montos superiores a los permitidos por la ley, reconocimiento de pensiones con inclusión de tiquetes aéreos y viáticos en la base de liquidación, conmutaciones pensionales ilegales, además de varios casos de ausencia de cumplimiento del requisito de tiempo de servicios y documentos y certificaciones con falsedades. Con corte a 31 de diciembre de 2019 fueron proferidas 213 sentencias favorables a la entidad que representan un total de \$276 millones de ahorro de conformidad con el cálculo actuarial elaborado por Soluciones y Gestión S.A.S.
 - **Cumplimiento de la Sentencia C-258/13 proferida por la honorable Corte Constitucional-consolidado Sentencia C-258 de 2013**

Tabla 135. Cumplimiento de las sentencias

Acciones de lesividad impetradas por la entidad	122 casos
Revisión de expedientes pensionales	682 casos
Derechos de petición presentados por pensionados	498 casos
Acciones de tutela interpuestas por pensionados	210 casos
Demandas en curso C-258 de 2013	40 casos

Fuente: FONPRECON

- **Cobro de sentencias judiciales de reparación directa a favor de FONPRECON contra Nación–Consejo Superior de la Judicatura–Dirección Ejecutiva de Administración Judicial:** A la fecha se han obtenido 7 sentencias favorables

a la entidad cuyo valor asciende a \$7.417,2 millones y se encuentran pendientes de resolver 4 casos más.

Los resultados de esta gestión se enmarcan en la implementación de la política de prevención del daño antijurídico y de defensa judicial, así como al paradigma de análisis de las sentencias judiciales y su impacto más allá de su obligatoriedad, lo que ha permitido que el ejercicio de las acciones extraordinarias de revisión, de tutela y de reparación directa sean herramientas efectivas para la protección del erario. Las sentencias en firme se encuentran en proceso de cobro ante la Dirección Ejecutiva de Administración Judicial.

- **Acciones constitucionales:** FONPRECON atendió durante el periodo informado un total de 43 acciones de tutela discriminadas de la siguiente forma:
 - ✓ 33 interpuestas por FONPRECON (20 fallos favorables, 2 fallos desfavorables y 11 casos pendientes de sentencia)
 - ✓ 10 interpuestas en contra de FONPRECON (10 fallos favorables)
- **Consolidado de la atención de recursos de reposición y solicitudes de revocatoria directa:** En este período, se radicaron 36 recursos de reposición, de los cuales 35 fueron resueltos, y a la fecha se tiene uno (1) restante toda vez que fue radicado en el mes de abril y se resolverá en el término de Ley (2 meses).
- **Cobro coactivo:** Con corte a 31 de mayo de 2020 el despacho cuenta con 1.710 procesos de cobro coactivo vigentes, originados en la cartera que adeudan los entes concurrentes por el pago que hace FONPRECON de las mesadas pensionales

Consideraciones finales. Se informa que durante el período cumplió su misión institucional, al prestar los servicios de análisis, reconocimiento y pago de las prestaciones económicas a sus grupos de valor, así como todos los procesos misionales y de apoyo asociados a esa misión. El Fondo es una entidad con feneamiento de la cuenta fiscal última auditada por la Contraloría General de la República, con certificación del Sistema de Gestión de la Calidad y cumplidora de toda la estructura de reportabilidad a los entes de regulación y control, lo que la hace un ente seguidor del mandato normativo imperante en todos sus órdenes. A pesar del rigor de la situación ocasionada por el COVID 19 y de las medidas de aislamiento preventivo obligatorio ordenadas por el Gobierno Nacional, el Fondo del Congreso mantiene activa su gestión y atiende permanentemente a sus usuarios en todos sus requerimientos y demandas.

6.10. FONDO DE PASIVO SOCIAL (FPS) DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA (FNC)

6.10.1 Principales acciones e indicadores estratégicos y logros obtenidos

- **Indicador: aprobar y adoptar el modelo de atención de FPS a través de los prestadores de servicios de salud.** Se aprobó el Modelo de Atención del FPS-FNC en agosto de 2019 y se inició la implementación del mismo a través de la implementación progresiva de las Rutas Integrales de Atención-RIAS desde el mes de octubre de 2019, empezando por la RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
Reto: Realizar la implementación de las demás RIAS priorizadas por el Fondo y el seguimiento a las actividades de la RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- **Indicador: cumplimiento proceso de compensación.** Durante el periodo mayo 2019 a mayo 2020, se analizaron y contestaron las 57 declaraciones de giro y compensación recibidas, para un grado de cumplimiento del 100%, nivel satisfactorio.
Reto: El FPS-FNC como entidad obligada a compensar, tiene como uno de sus objetivos garantizar el cumplimiento de lo establecido en el Decreto 780 de 2016 en lo referente al proceso de compensación atendiendo el cronograma establecido por la Administradora de los Recursos del SGSSS -ADRES en términos de oportunidad, calidad y eficiencia, garantizando el correcto flujo de recursos vitales para la prestación integral de los servicios de salud de sus afiliados.
- **Indicador: cumplimiento de tiempos de respuesta en los plazos establecidos en la normatividad aplicable en materia de prestaciones económicas.** Desde el 1º de junio de 2019 al 30 de mayo de 2020, la Gestión de Prestaciones Económicas se incrementó del 79,6% al 85%.
Reto: Cumplir con los tiempos establecidos en el ordenamiento legal resolviendo de fondo las solicitudes de los usuarios. Identificar las solicitudes de vigencias pasadas que no se han podido tramitar por faltante de documentos realizando a través de la ejecución de un plan de trabajo para dar respuesta de fondo a las mismas.

- **Indicador: índice de percepción sobre la información y orientación brindada al ciudadano.** Durante el segundo semestre de 2019, la entidad aplicó un total de 1.509 encuestas de satisfacción para medir la percepción sobre la información y orientación brindada al ciudadano, de las cuales 1.415 tuvieron una calificación satisfactoria, equivalente a un nivel de cumplimiento de 93% satisfactorio. Para el primer trimestre del año 2020, la entidad aplicó un total de 411 encuestas de satisfacción para medir la percepción sobre la información y orientación brindada al ciudadano, de las cuales 407 tuvieron una calificación satisfactoria, nivel de cumplimiento de 99%.

La entidad en conjunto con el DNP, se aplicó la técnica llamada “ciudadano incognito”, como herramienta para realizar un diagnóstico acerca del nivel de desempeño de los diferentes componentes. Como resultado, el DNP presentó el documento “Diagnóstico de Atención al Ciudadano” con las observaciones para realizar un plan de acción. Atención al Ciudadano, se encuentra trabajando en conjunto con el Ministerio de Salud en la Aplicación del Nuevo Modelo Integral de Servicio al Ciudadano Sector Administrativo en Salud, el cual define los lineamientos estratégicos, transversales y los estándares de excelencia del servicio al ciudadano y grupos de valor del sistema de salud.

Retos:

- Desarrollar el Plan de Acción para las Observaciones realizadas por el DNP, con el fin de continuar realizando la Mejora continua al proceso Atención al Ciudadano
 - Desarrollar y Aplicar el Nuevo Modelo Integral de Servicio al Ciudadano Sector Administrativo en Salud, el cual define los lineamientos estratégicos, transversales y los estándares de excelencia del servicio al ciudadano y grupos de valor del sistema de salud.
- **Indicador: 100% de los registros aplicados por cartera.** Para el periodo junio de 2019 a mayo de 2020 se realizaron la respectiva aplicación por \$9.322 millones por concepto de recuperación de cuotas partes pensionales de Ferrocarriles y el Instituto Seguro Sociales; así mismo para este periodo la entidad recaudó \$10.121 millones.

Retos: Para el año 2020, se programa realizar la aplicación del 100% de los recaudos recibidos en la entidad de vigencias anteriores, bajo la estrategia de realización de mesas de trabajo y comunicación constante con las entidades deudoras, con el propósito obtener los soportes de pago idóneos.

- **Indicador: ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento,** Durante la vigencia 2019, la ejecución presupuestal de gastos de funcionamiento, fue de

94,4%, equivalente a un cumplimiento satisfactorio. Durante la vigencia 2020, a 30 de mayo, se ha ejecutado un 33,66% del total de la apropiación asignada.

- **Indicador: implementar el modelo de gestión de conocimiento institucional-SINAPSIS.** Durante reportado por medio de la política SINAPSIS se desarrollaron 26 capacitaciones que han permitido a la entidad la apropiación del conocimiento. Para la vigencia 2020 se elaboró el plan de acción de esta política. Así mismo la Entidad participó por el Premio Nacional de Alta Gerencia con la Política Institucional “Los Mejores por Colombia”. Para la vigencia 2020 se llevó a cabo la selección de judicantes, en el cual se presentaron 115 postulados, a quienes se les aplicó prueba de conocimiento y entrevista individual, se seleccionó y realizó inducción a 37 judicantes, con el fin de dar a conocer la misión, funciones y objetivos de la entidad, se realizó el proceso de contratación y presentación a cada dependencia de los judicantes asignados.

Reto: Consolidar la política de excelencia “los mejores por Colombia” y promover la práctica estudiantil no solo a los estudiantes de último grado de derecho, sino de otras carreras universitarias.

6.10.2 Otros resultados de la gestión del FPSFNC y retos

- **Infraestructura Tecnología**
 - ✓ Diseño, adopción y ejecución del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI-V-2, contemplando el diseño de objetivos y estrategias TI, articulados con los objetivos institucionales y sectoriales.
 - ✓ Adopción y certificación del protocolo de IPV6, en aplicación de los requerimientos Resolución 2710/2017, Guías 19 y 20/2017–MINTIC.
 - ✓ Definición e implementación del Plan de seguridad y privacidad de la información 2019-2022; adquisición del software para actualización de los sistemas de información y uso de herramientas ofimáticas de la entidad; adquisición y configuración de un dispositivo de almacenamiento conectado a la red (NAS); implementación y administración de software para responder a los requerimientos del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información y hacer más eficiente su seguimiento y el soporte de la plataforma de TI; adquisición de suscripción anual de licenciamiento, implementación y configuración de la herramienta de colaboración y comunicación en la plataforma Google-G-SUITE.
 - ✓ Diseño, implementación y administración de contenidos del Portal WEB e INTRANET del FPS-FNC bajo lineamientos de la política de Gobierno Digital-actualización; y actualización del Esquema de Publicación de conformidad a los lineamientos de la Ley 1712 del 6 de marzo del 2014 y la normativa de

Gobierno Digital, con la cual se ampara el derecho de los ciudadanos para acceder a la información pública.

- ✓ Adecuación de la infraestructura tecnológica en la nueva sede de atención al ciudadano en instalaciones del Edificio CUDECOM con la instalación y configuración de equipos de cómputo, redes, conectividad y entrada en operación del nuevo sistema de Digiturno.
- ✓ Instalación y configuración del PBX y las extensiones telefónicas en todas las áreas de la entidad a nivel nacional para mejorar y ampliar el canal de comunicación con usuarios internos, externos y las entidades del gobierno nacional.
- ✓ En cumplimiento de los lineamientos del gobierno nacional para la atención de la emergencia sanitaria coronavirus-COVID-19 y del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica decretado por el Gobierno Nacional, se llevaron a cabo las siguientes actividades: 1) Configuración de VPN en el Servidor Firewall y creación de usuarios por activación del plan de contingencia para mantener la operación de los aplicativos misionales y de apoyo en la infraestructura de la entidad; 2) Diseño y socialización de documentación requerida para el desarrollo de trabajo en casa, con el fin de facilitar y garantizar la continuidad de la operación por parte de los funcionarios y contratistas de la entidad en el desarrollo de sus funciones con seguridad y la protección de datos, tales como: Manual de instalación y conexión a la VPN y Manual de acceso al Sistema de Gestión Orfeo, intranet y Google Drive desde internet; y, 3) creación y generación de indicadores de uso de la Plataforma de Comunicación y Colaboración G-Suite, con el fin de generar acciones por parte de la entidad para fomentar el uso y apropiación de TI en el marco de la política de Gobierno Digital alineado con el dominio de Gestión del Conocimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG.

Retos: Durante las vigencias 2020-2022, desarrollar las actividades propuestas en el proyecto de inversión BPIN 2019011000373, establecido para fortalecer la gestión administrativa y tecnología de la entidad.

- **Avances en el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) Y EL Formulario único de Reporte de Avances de Gestión (FURAG).**

- ✓ Se logró la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG en un 67% resultado del autodiagnóstico aplicado y la medición de la ejecución de las acciones trazadas en el plan de acción adoptado para la implementación del mismo.
- ✓ Así mismo se elaboraron y aprobaron los diagnósticos para determinar el grado de implementación de los Subsistemas de Gestión: Calidad-Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001:2015, de Seguridad de la Información-NTC ISO 27001:2013, Seguridad y Salud en el Trabajo-NTC ISO 45001:2018-Sistema de Gestión Ambiental.



- ✓ Elaboración y aprobación del plan de acción establecido para la implementación del Sistema Integrado de Gestión, el cual tiene por objetivo culminar la implementación de los requisitos de las normas NTC ISO 9001:2015 (calidad), NTC ISO 14001:2015 (ambiental), NTC ISO 45001:2018 (seguridad y salud en el trabajo) y NTC ISO 27001:2013 (seguridad de la información), pero de forma articulada e integrada y al Marco del MIPG.
- ✓ En referencia a la implementación del Sistema de Gestión Documental, se realizó la actualización del Cuadro de Clasificación Documental-CCD y de las Tablas de Retención Documental-TRD. Las cuales se encuentran en revisión y validación por parte del Archivo General de la Nación-AGN.

Retos:

- ✓ A diciembre de 2020, Implementar los subsistemas de Gestión: Calidad-Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001:2015, de Seguridad de La Información-NTC ISO 27001:2013, Seguridad y Salud en el Trabajo-NTC ISO 45001:2018- Sistema de Gestión Ambiental, de forma articulada y en el Marco del MIPG. Y lograr la implementación del MIPG al 100%, cumpliendo los atributos de calidad establecidos y logrando aumentar las capacidades institucionales esperadas.
 - ✓ Continuar con la ejecución de acciones necesarias el Fortalecimiento y Modernización de la Entidad y Modernización de la estructura administrativa y de planta de la entidad – Rediseño institucional-.
 - ✓ A diciembre de 2022, obtener la Certificación en la Norma técnica ISO-9001-2015.
 - ✓ A diciembre de 2021, en acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, Implementar, actualizar y poner en marcha del Sistema de Gestión Documental –SGD- ORFEO en el FPS-FNC, de tal forma que este sistema funcione en las mismas condiciones que en dicho Ministerio.
- **Administración de riesgos y oportunidades.**
 - ✓ Se implementó la nueva metodología para la administración de riesgos y las oportunidades bajo la Política para la administración del riesgo de gestión, corrupción y seguridad digital FPS-FNC.
 - ✓ Nivel de cumplimiento a diciembre 2019, en promedio 71%: Se implementaron 96 actividades de control, para el tratamiento de los 21 riesgos de gestión, identificados en los 14 procesos del FPS-FNC.
 - ✓ Nivel de cumplimiento a marzo 2020, en promedio 69%: Para la vigencia 2020, se mantienen 21 Riesgos de gestión en él FPS-FNC, y 88 actividades por ejecutar, por parte de los 14 procesos

Retos: Para las vigencias 2020-2021, Adelantar las acciones planeadas para fortalecer y consolidar la administración del riesgo en la entidad.

- **Gestión de cobro:** Durante el periodo comprendido entre el 1 de junio de 2019 y el 31 de mayo de 2020, se emitieron 1.362 actos administrativos; se recaudó por la Cuenta Judicial Banco Agrario de Colombia CC ISS: \$5.576 millones y por la Cuenta Judicial Banco Agrario de Colombia CC FPS: \$568,9 millones. Por traslados y aplicaciones de recursos CC ISS (actos administrativos), \$13.979' millones en 56 Autos; Devoluciones de Recursos ISS (actos administrativos) \$ 637 millones representados en 16 autos y conversión de 2.002 títulos judiciales entregados, erradamente, por el PAR ISS LIQUIDADO, asignándolos a las entidades constituyentes reales. Así mismo, se realizaron traslados y/o devoluciones de recursos por \$14.611 millones correspondientes a 68 autos de aplicación generados por el CC ISS.

Retos: En atención al Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica decretado por el Gobierno Nacional, como consecuencia de la emergencia sanitaria causada por la pandemia Coronavirus COVID-19, que conllevó a la suspensión de términos para los procedimientos administrativos de cobro coactivo y cuya fecha de finalización es incierta, se establece como reto obtener un recaudo igual a la cifra recaudada en la vigencia anterior objeto de informe, esto es: Cuenta Judicial Banco Agrario de Colombia CC ISS, \$5.551,1 millones y Cuenta Judicial Banco Agrario de Colombia CC FPS, \$568,9 millones.

- **En materia de defensa judicial:** La entidad tiene en curso y en su contra, 125 procesos en el Contencioso administrativo, 22 de tipo ordinario civil, 850 ordinarios laborales 850, para un total de 997 procesos.

Retos:

- ✓ Dar cumplimiento al plan de acción de la Política de Prevención del Daño Antijurídico para el periodo 2020-2021 y adicional a ello, estructurar directrices de conciliación de acuerdo a los lineamientos de la ANDJE con el fin de defender los intereses de la entidad y el patrimonio del Estado; logrando de este modo disminuir para la entidad un número considerable de demandas sobre la materia para la cual fue elaborada la política.
- ✓ Fortalecer el procedimiento interno de comunicación entre dependencias del FPS-FNC y los apoderados externos, con el fin de que la gestión documental de pruebas y piezas procesales sea más efectiva, eficaz y eficiente y oportuna.
- ✓ Depuración total de las inconsistencias presentadas y actualización al 100% de los procesos judiciales cursados en las diferentes jurisdicciones, registrados en la plataforma Ekogui, garantizando el suministro de datos de forma oportuna, real y confiable a las diferentes dependencias del FPSFNC y a los entes de control.



La salud
es de todos

Minsalud

Carrera 13 No. 32-76 Bogotá D.C.

Teléfono: 330 50 00

Línea de atención al usuario desde

Bogotá: (57-1) 589 37 50

Resto del país: 01 8000 96 00 20

www.minsalud.gov.co